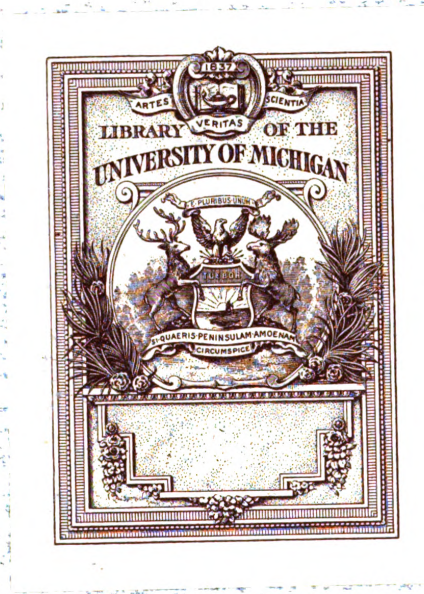





1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



Inhalts-Verzeichnis

für

„MEDICINISCHE BLÄTTER"

XXX. JAHRGANG 1907.

Original-Artikel.

Autoren.

Feuilletons.

Referate.



Gesellschaftsberichte und Kongresse.

Literarische Besprechungen (allgemeinen Inhaltes).

Bücherbesprechungen.



Aus der Praxis.





WIEN. **XXX. Jahrgang.** **LEIPZIG.**

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22162
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
o. ö. Universitätsprofessor **Dr. J. Nevinny** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/₁, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch **Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.**
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 1. Wien, 5. Jänner 1907. **Nr. 1.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Hydriatik des Rotlaufes.

Von Dr. **J. Sadger**, Wien-Gräfenberg.

Unter den akuten exanthematischen Infektionskrankheiten nimmt das Erysipel bekanntlich eine Sonderstellung ein. Nicht etwa als ob man hier ausnahmsweise ein ganz bestimmtes Mittel wüßte, um diese Krankheit zur Heilung zu bringen — mit solchen Lappalien gibt sich die echte Wissenschaft nicht ab — allein wir besitzen schon den richtigen Kokkus. Ja, es gibt sogar zweierlei Mikroorganismen, einen Streptokokkus und einen Staphylokokkus, die Erysipel erzeugen können, also ein wahrer ätiologischer embarras de richesse.

Aber trotzdem diese reizenden Bakterien seit einer Reihe von Jahren schon der Wissenschaft bekannt sind, hat die Lehre vom Heilen, die Therapie hievon, wie so häufig, auch nicht den geringsten Nutzen gehabt. Und wenn die Ärzte nach jahrelanger Erfahrung ihr Unvermögen einzusehen beginnen, dann bleiben sie am Ende bei der exspektativen Behandlung stehen, die man gerne auch „indifferente" heißt, obwohl sie im Grunde überhaupt keine ist. Das scheint mir noch aber der günstigste Fall, der leider nicht immer so eingehalten wird, oder erst nachdem man die Kranken durch Jahre mit allerlei Mittelchen malträtiert hat. Für den Rotlauf z. B. wurden unzählige Methoden genannt, die angeblich alle kurieren sollen. Nun ist es ein ganz miserabler Zufall, was immer man tut, ob man intern oder örtlich behandelt, die Mortalität bleibt stets etwa gleich, man hat nur die Wahl, den Kranken mehr oder minder zu quälen. Darum sind die ganz erfahrenen Ärzte, will sagen jene, die die Kranken lange genug kurierten und Jahre der Enttäuschung hinter sich haben, am Ende zur Erkenntnis gekommen, das beste sei, Vaselin zu geben oder Oleum olivarum einzuschmieren oder Dinge von ähnlicher Großartigkeit.

Wie steht es nun mit der Heilkraft des Wassers bei jener so unzugänglichen Krankheit? Liest man die landläufigen Hydrotherapien von Buxbaum etwa oder von Matthes, so ist da entweder überhaupt nichts zu finden oder bestenfalls kleinlaut zagende Worte. Hat also das Wasser beim Rotlauf just seine Wirkung verloren, das nämliche Wasser, das sonst so prompt eine jegliche Infektion erstickt? Ich glaube mit nichten, ich glaube, es ist nur die Art verkehrt, in der es gemeinhin angewandt wird, sonst würden die Resultate wohl anders lauten.

Auch hier sei auf Priessnitz zurückgegriffen und seinen Nachfolger Josef Schindler. Es ist selbst für den engsten Kollegen förmlich verblüffend, wie prompt und rapid auf dem Gräfenberge oft Infektionen beseitigt wurden. Hier sei z. B. eine Krankengeschichte Schindlers zitiert, die uns ganz kurz von einer frappierenden Heilung berichtet (Gräfenberger Mitteilungen, S. 234):

„Herr N. litt sehr oft an Gesichtsrotlauf, wogegen er allopathisch behandelt wurde und in der Regel zwei, auch drei Wochen das Bett und das Zimmer hüten mußte.

Diesmal nahm er gegen denselben Zustand meine Hilfe in Anspruch. Die Bindehaut des linken Auges war sehr stark gerötet, äußerst schmerzhaft brennend, große Lichtscheue, häufiges Tränen, die Augenlider geschwollen, lebhaft gerötet, ebenso die linke Stirne, Schläfe und Wange. Allgemein etwas Fieber, Puls beschleunigt.

Der Kranke mußte das ganze Gesicht mit 16grädigem Wasser*) eine Minute lang waschen, wurde darauf mit dem einen verbundenen Auge in ein nasses Leintuch und die wollene Kotze eingepackt, verweilte darin $^1/_4$ Stunde und nahm dann ein Halbbad von 15°, $1^1/_2$ Minuten lang, wobei der Körper an allen Teilen tüchtig gerieben wurde. Außerdem wusch sich der Kranke das ganze Gesicht, so wie anfangs, eine jede Stunde mit 15° Wasser und nahm immer in vier Stunden noch ein kaltes Fußbad, ein Zoll hoch, worin die Füße zehn Minuten lang gerieben wurden.

Schon das erste Waschen mit dem kühlen Wasser brachte große Linderung und im weiteren Verlaufe des Tages nahm der Rotlauf so rasch ab, daß man bereits den nächsten Morgen gar nichts mehr davon sah und der Herr ganz frisch und munter ins Freie ging."

Das ist die Behandlung des beginnenden Rotlaufes, wie sie noch heute klassisch zu heißen ist. Der Fachmann findet hier alle Vorzüge glänzend beisammen, die ein vielerfahrener Therapeut besitzt. Er wird sofort eine jede Einzelvorschrift durchschauen, die Fiebermilderung durch Packung und Halbbad, die Blutableitung vom Kopf zu den Füßen durch öfter wiederholte kalte Fußbäder und endlich die direkte Lokalbehandlung mit abgeschrecktem, aber ja nicht mit ganz kaltem Wasser. In jeder Zeile der vielgewandte, erprobte

*) Die Grade sind hier wie im ganzen Artikel in Réaumur angegeben.



Therapeut, der mit Überlegung aufs Ziel lossteuert. Für minder Erfahrene sei hier noch folgendes angefügt. Das erste ist die stündlich zu wiederholende Waschung des Gesichtes, des kranken wie des gesunden Teiles, mit etwas abgeschrecktem Wasser (15—16°). Ganz kaltes ist durchaus zu verwerfen, denn je kälter das Wasser, desto stärker die sekundäre Hyperämie, desto kräftiger wird die Entzündung gefördert. Hingegen scheint gerade die temperierte Waschung das Weiterwandern des Rotlaufes zu hemmen, vielleicht, weil sie bloß tonisierend wirkt. Was ferner das Fieber anbelangt, so kommt man nicht immer mit einer einzigen Einpackung aus, oft muß man mehrere hintereinander applizieren, eine jede natürlich nur insolang, bis das Leintuch erwärmt ist. Auch das Halbbad pflegt man jetzt wärmer zu geben, dafür aber länger währen zu lassen, also etwa 20—18° oder 22—20 und 3—5 Minuten Dauer (vergl. hiezu auch die Vorschrift von Priessnitz). Sehr wichtig erscheint mir, schon in diesem Halbbad die Beine nachdrücklichst frottieren zu lassen, nebst dem Übergießen und nebst dem Frottieren des übrigen Körpers. Am besten übernimmt diese Extrafunktion ein zweiter Diener oder ein unterwiesenes Familienmitglied. Der prächtigste Einfall ist endlich die Blutableitung vom Kopf und damit natürlich vom Rotlaufherd durch das ganz kalte, wiederholte Fußbad.

Auf diese Weise wurde beginnendes Erysipel sehr häufig in Gräfenberg schleunigst koupiert, in der Regel in einen bis zwei Tagen schon. So glücklich ist man in der schlechten Luft der Großstädte selten, noch seltener natürlich in Großstadtspitälern. Auch erheischt ein akuterer Beginn des Rotlaufes gar manche Abweichung von obiger Methode. Nicht einmal Priessnitzens Vorschriften sind, obwohl schon wesentlicher komplizierter, da vollauf genügend. Seine Weisungen lauten: Früh, Mittag und Abend, ein jedesmal zwei bis drei kurze Einpackungen hintereinander, dann Halbbad von 22° mit kaltem Nachguß, Umschläge um den Bauch und die kranken Teile, die immerzu wechseln, wenn sie warm geworden, Wassertrinken und kalte Kost.

Was soll man in praxi dem Kranken verordnen, notabene in schlechter Großstadtluft? Ich supponiere einmal den Fall, man appelliere früh an das Wasser, nicht allzulang nach den ersten Symptomen und nicht erst dann, wenn die Krankheit hochbedrohlich geworden. In leichteren Fällen mit mäßigem Fieber kann man nach Schindlers Methode verfahren mit jener Abänderung, die ich oben beschrieb. Ganz anders gestaltet sich aber das Bild, wenn das Erysipel z. B. sofort mit einem tüchtigen Schüttelfrost einsetzt. Dann kommt die triefende Ganzabreibung (10—12°, 5 Minuten Dauer, wie bei jedem Schüttelfrost in Betracht, wobei noch besonders auf kräftigste Friktion der Extremitäten zu achten ist. Bei hohem Fieber, sowie auch bei anginösen Beschwerden als Ouverture sind die gewechselten feuchten Einpackungen weitaus am besten. Man kann sie nach Priessnitz Früh, Mittag und Abend applizieren lassen, nur sind sie solange zu wiederholen, bis der Patient 1/2 Stunde zur Erwärmung des letzten Leintuches benötigt. Dann schließt man mit einem temperierten Halbbad von 22—20° und 5—10 Minuten Dauer. In der Zwischenzeit Leibbinden oder Stammumschläge, die je nach dem Fieber alle 1—2 Stunden erneuert werden. Auch Schindlers Waschung des ganzen Gesichtes ist zu empfehlen, solange der Prozeß nicht über die Grenze desselben wandert.

Besondere Besprechung verlangen dann noch die Kopfschmerzen und Gehirnsymptome. Die praktischen Ärzte wenden gewöhnlich Eisbeutel an, die Burrowschen oder bloß kalte Umschläge. Ich halte die reflektorische Ableitung auf Füße und Waden nach meiner Erfahrung für weitaus besser, wenn man daneben auch gern die kühlenden Umschläge fortsetzt. Man wird also dann, wenn der Kranke noch hinlänglich kräftig ist, ihm alle vier Stunden ein Fußbad geben (8°, 10 Minuten) oder mindestens erregende Wadenbinden, die zwei- bis dreistündlich zu wechseln sind. Man vergesse auch nicht, wie wichtig im Halbbad das Reiben der Füße und Unterschenkel ist, wie wichtig ferner den Kopf und Nacken zu übergießen, zumal bei schwereren Gehirnsymptomen.

In Fällen, die gleich anfangs mit Wasser angegangen wurden, braucht man Kollaps nicht zu befürchten. Ganz anders liegt die Sache jedoch, wenn man erst spät, in vorgeschrittenen Stadien eingreift. Dann ist die Kollapsgefahr die erste, am meisten zu achtende Indikation. Auf ganz theoretische, am Kaninchen gewonnene Prämissen hin ist man jetzt geneigt, das Vasomotorenzentrum allein und dessen Lähmung für den Kollaps in Betracht zu ziehen. Es ist sogar möglich, daß die häufige, kräftige Überspülung des Nackens in jeglichem Halbbad dieser neueren Anschauung entgegenkommt. Nun möchte ich aber die Erfahrung sämtlicher älterer Arzte, daß bei dem Kollaps das Erlahmen der Herzkraft entscheidend ist, durchaus nicht mißachten. Und just der Hydropath wird praktisch nach dieser Erfahrung handeln. Ich pflege also stets in schweren und verschleppten Fällen durch mehrere Stunden den Herzschlauch zu geben. Ich lasse zuerst und vor einer jeden anderen Behandlung 1—2 Stunden den Kühler applizieren, am besten in Verbindung mit einem Stammumschlage. Dann überzeuge ich mich noch durch ein Teilabreibung (mit naturkaltem Wasser) aller Teile des Körpers, die noch nicht vom Rotlauf ergriffen sind (mit Ausnahme etwa des Rückens, um den Kranken nicht aufsetzen zu müssen), daß keine areolare Cyanose entsteht, also nicht unmittelbar Kollapsgefahr droht. Jetzt erst verordne ich zweimal im Tag Halbbäder von 22 bis 20° und kürzerer Dauer (3—5 Minuten in dieser Übergießung von Kopf und Nacken mit ganz kaltem Wasser und Frottieren der Beine. Gewechselte Packungen sind da wegen der Kollapsgefahr nicht mehr zu nützen. Hingegen darf man in diesem vorgerückten Stadium niemals versäumen, dem Kranken vor und nach jedem Bade Alkohol zu reichen. In der Zwischenzeit sind dann die Stammumschläge mit oder ohne eingelegtem Herzschlauch und gleichzeitig noch die Wadenbinden zu applizieren.

Von den verschiedenen Komplikationen ist ganz besonders die Meningitis zu nennen. Zumal jene Form ist praktisch bedeutsam, die wohl nur die seröse genannt werden kann, wo die stärksten meningealen Reizsymptome unzweifelhaft da sind und trotz alledem noch Heilung erzielbar. Ein solcher äußerst merkwürdiger Fall, lehrreich in jeder einzelnen Hinsicht, ist am Schlusse ausführlich beschrieben, und zwar von einem erfahrenen Arzt. Man wird in der Kur, die Pingler gab, sowie in den Bemerkungen Schindlers dazu die möglichen Methoden in wünschenswertester Deutlichkeit finden.

Zum Schlusse noch ein Wort von der Prophylaxe. Bekanntlich gehört das Erysipel zu jenen Infektionen, die dieselben Personen gern nochmals befallen. Darum müssen die letzteren nach ihrer Genesung auch der unscheinbarsten Wunde am Kopf nicht nur weit größere Beachtung schenken als andere Menschen, sondern obendrein sich noch besonders abhärten. Wie hydriatisch Abhärtung gelingt, ist in dem entsprechenden Kapitel zu lesen. Von Wichtigkeit scheint mir die Alltagserfahrung, daß selbst Individuen, die gern und häufig Schnupfen oder Halsentzündung bekommen, diese Disposition unter Wasserprozeduren für längere oder kürzere Zeit verlieren.

(Fortsetzung folgt.)

Beitrag zur Pflege im Wochenbett.

Von Dr. **Walter Mich. Clemm,** Arzt für Verdauungskrankheiten in Darmstadt.

Während in den angelsächsischen Ländern der Bauchdeckenpflege nach der Entbindung die größte Sorgfalt schon seit geraumer Zeit gewidmet ist, haben selbst Fachmänner bei uns von der Bedeutung derselben vielfach noch nicht sich überzeugt. Es wird darin nicht selten nur Befriedigung der Eitelkeit erblickt und der Folgezustände, welche Erschlaffung der Bauchwand mit sich bringt, nicht immer mit vollem Ernste gedacht.

Die große Zahl von Patientinnen, welche durch Schuld falscher Wochenbettbehandlung dem Verdauungsarzte zugeführt wird, spricht aber eine mahnende Sprache: Die Zustände der Enteroptosie, Magen-, Darm-, Leber- und Nierensenkung

mit ihrem Gefolge von schweren Intestinalneurosen, insbesondere schweren Hemikranien, deren Ursache oft lange und vergeblich gesucht und daher auch mit den verschiedenartigsten Kuren nicht bekämpft zu werden vermag. Die Zirkulationsstörungen im Bauche, insbesonders im Leberkreislaufe die durch Darmträgheit und Zug der rechten Wanderniere am ligamentum hepatorenale hervorgerufene Cholestosis aus der durch Eindringen der stets nach einer Einfallspforte vom Darme aus spähenden bacterium coli der steinbildende Katarrh und damit das ganze proteusgleich wechselnde Bild der Cholelithiasis geschaffen wird — all diese mannigfaltigen Lebensglück und Freude untergrabenden Leiden haben bei einem großen Teil der Kranken ihre erste Ursache in einem schlecht gepflegten Wochenbett! Wie häufig ergibt die Anamnese meiner Gallensteinkranken, daß ein paar Wochen oder Monate nach dem ersten Wochenbette die ersten Anfälle aufgetreten sind.

Wenn durch die plötzliche Entleerung des vorher prall gefüllt gewesenen Bauches die Druckverhältnisse innerhalb der Bauchwände sich mit einem Schlage wesentlich ändern, dann kann nur eine straffe Zusammenziehung der Bauchmuskulatur mehr oder minder bedeutende Lageveränderungen der Eingeweide verhüten.

Dem Weibe des Kulturmenschen ist aber die Fähigkeit vielfach abhanden gekommen und befindet sich im steten Schwund, durch energische Muskelarbeit das selbst zu leisten. Die schlaffe, in den letzten Schwangerschaftsmonaten überdehnte und vielfach fettig degenerierte Bauchmuskulatur ist nicht mehr imstande, sich um den so jäh verringerten Bauchinhalt zusammenzuschließen, wie es die kräftige Bauchwand der wandernden Zigeunerin oder Kirgisin usw. vermag, sondern sie schlottert als schlaffe Umhüllung um denselben herum. Steht eine solche Frau von ihrem Schmerzenslager auf, so drängen die Eingeweide nach vorne und in unschönem Hängebauche ziehen sie das Körperschwergewicht aus der Lotlage nach vorne.

Diesem Unheil begegnet die sofortige mechanische Stützung der erschlafften Bauchwände allein.

Die anfänglich geübte und heute noch vielfach angewandte Umwicklung des Bauches mit Tüchern leistet gewiß schon etwas, in leichten Fällen genug, doch reicht sie bei weitem nicht aus in der Mehrzahl derselben.

Es sollten vielmehr elastische, festanziehbare Stoffe gewählt werden, um die Bauchwände kräftig zusammenzudrängen.

Geschieht dies mit Binden, so ist die Anlegung derselben etwas umständlich und wegen der öfteren Erneuerung des Verbandes zweifellos störend und nicht unbedenklich.

Diastase der recti vermag damit auch kaum ausgiebig bekämpft zu werden.

Es kommt daher ein weit einfacheres Verfahren wie ich es nach aus Amerika überkommener Anregung in Deutschland für die Behandlung der Folgezustände von Atonie und Enteroptosie eingeführt habe, hier prophylaktisch schon in Betracht. Ich meine die Behandlung mit Pflastergürteln, wie sie Prof. Rose in New-York und ich angegeben haben.

Natürlicherweise ist hier einiges zu modifizieren und es handelt sich da nur um Vorschläge, die ich den Herren Kollegen unterbreite zur Ausarbeitung für die einzelnen Fälle.

Ich würde vorschlagen, sofort nach der Geburt bei unkomplizierten Fällen den Heftpflastergürtel anzulegen, wie ich ihn nach jahrelangen Versuchen von der Firma Beiersdorf & Co. in Hamburg aus deren weißem Kautschuk-Heftpflaster Leukoplast in drei Größen von 80 *cm*, 1 *m* und 1·20 *m* habe herstellen und als Enterophor in den Handel bringen lassen. Die Anlegung des fertig zugeschnittenen und in der jeweils benötigten Größe vorhandenen Gürtels erfordert zunächst eine gründliche Reinigung der Bauchhaut von Fett und Unreinlichkeit sowie Entfernung der Haare bis zur Symphyse herab.

Es wird daher zweckmäßig kurz vor der Geburt mit einem Enthaarungsmittel (wovon das jeweils benötigte Quantum mit Gebrauchsanweisung usw. den Verbänden in der Schachtel beigepackt ist) bis zur Symphyse hinab depiliert und nach dem darauffolgenden Reinigungsbade vor der Geburt die Haut, auch auf dem Rücken abgeseift und hernach mit Benzin, Alkohol und Äther vollständig sauber gewaschen und entfettet, bis die Ätherwatte keinerlei Hautfettspuren mehr aufweist. Dem Geburtshelfer kann die Entfernung der oft recht störenden Behaarung und die gründliche Reinigung der Haut schon für den Akt der Geburt nur willkommen sein.

Nach abgeschlossener Geburt wird dann nochmals die Bauchhaut abgeäthert und der Verband im Liegen angelegt und lediglich zur Befestigung desselben auf dem Rücken die Wöchnerin einen Augenblick aufrecht gesetzt. Liegt hiegegen Bedenken vor, so läßt sich mit einem über der Symphyse aufgesetzten Leukoplaststreifen, der mit starkem Zug nach beiden Weichen hin angezogen wird, ein Provisorium schaffen, das dem Enterophor weicht, sobald eine aufrechte Körperhaltung der Frau gestattet werden kann.

Handelt es sich aber um Auseinanderweichen der geraden Bauchmuskeln oder gar schon um einen Bauch- oder Nabelbruch, so werden die beiden Rekti möglichst mit ihren Innenrändern aneinandergebracht oder die Bauchwände nach Zurückdrängung des Bruches mit Wattepelotte einander genähert und in dieser Lage durch kurze Leukoplaststreifen fixiert.

Alsdann werden die Rekti von der Außenseite her mit festgewickelten Wattebäuschen gestützt und diese durch einen breiten darübergelegten Leukoplaststreifen festgehalten. Über das Ganze teilweise mit seinem oberen Rande hinweg wird hernach der Enterophor in der oben beschriebenen Weise angelegt und da er 4—6 Wochen bequem getragen werden kann und durch Bäder nicht im geringsten Not leidet, in den ersten Wochen nach dem Aufstehen weitergetragen, bis ihn eine Leibstützbinde ablöst.

Gelegentlich mir vorkommende Nabelbrüche befestige ich stets in der geschilderten Art, ehe ich den, in solchen Fällen möglichst hoch hinaufreichend gewählten Enterophor anlege. Vor nicht langer Zeit hat mich wegen unbedeutenden Nabelbruches eine Dame aus St. Petersburg konsultiert, die von meinem Gürtelverband gelesen hatte, und von Pau aus erschien eine solche, sich den Enterophor über den kleinen Nabelbruch legen zu lassen. Die weit größeren Störungen der Atonie und Gastratonie wurden da gleich mitbehoben und die Petersburger Patientin erzählte mir später, sie habe — nach Verbandanlegung reiste sie sogleich ab — vom ersten Tage ab während der Verbanddauer Spontanstuhl, eine ihr ganz fremd gewordene Funktion, wieder gehabt und den Segen der geregelten Stuhlentleerung kennen gelernt.

Ich wende den Enterophor gerne gegen atonische Dickdarmsenkung und ihre Folge, die chronische Stuhlträgkeit an und möchte schließlich noch auf den fast stets im Wochenbett erschlafften Darmtonus als weitere spezielle Indikation für diese Behandlungsart hinweisen.

Sollte sich, was ich gerne einräume, dem Wochenbettsbauche ist mein Verband ja nicht geschaffen, eine Abänderung desselben als wünschenswert ergeben, so kann auf derselben Grundlage dieser leicht Folge gegeben werden durch Anregung bei der bereits genannten Firma.

II. Wissenschaftliche Mitteilungen.

Über das Tuberkuloseserum Marmorek.

In letzter Zeit sind zahlreiche Publikationen über das Tuberkuloseserum Marmorek erschienen. Während die einen Autoren, wie Hoffa, nur günstige Erfolge berichten, stehen wieder andere nicht an, dem Serum jede Bedeutung im Kampfe gegen die Tuberkulose abzusprechen. In den Fortschritten der Medizin Nr. 29, 1906 finden wir ein ungemein übersichtliches Referat von Dr. F. Köhler über diese Frage und geben dasselbe auszugsweise im folgenden wieder:

Im November 1903 hielt Dr. Alexander Marmorek vor der Pariser Académie de médécine einen Vortrag über ein neues Antitoxin gegen die Tuberkulose. Die Grundlage



seiner Veröffentlichung bildete die Ansicht, daß die Tuberkelbazillen je nach dem Nährboden einen anderen Stoff absondern können. Er erklärte, man könne zwei von einandeverschiedene biologische Stadien der Tuberkelbazillen unterr scheiden. In dem sogenannten „primitiven Stadium“ bilden die auf gewöhnlichem Glyzerinnährboden gezüchteten Bazillen keine mikroskopische Kultur. Ungefähr drei Wochen nach Impfung der Kultur sieht man die bekannten dicken, runzeligen Formen, von rosettenähnlichem Aussehen auf dem Nährboden, welche er unter dem Begriffe „Evolutionsstadium“ begreift. Das während dieses Stadiums von den Tuberkelbazillen abgesonderte Toxin ist das Kochsche Tuberkulin.

Dieses hält Marmorek nicht für das eigentliche schädliche Gift des Kochschen Bazillus. Es ist nur ein vorbereitender Stoff, ein Reagens, das, auf die Bazillen wirkend, sie zur Tätigkeit anregt und sie veranlaßt ein ganz anderes Toxin reichlich abzusondern. Die „Tuberkulinreaktion“ ist verursacht durch die Bildung dieses letzteren, das der Bazillus ausscheidet, weil und nachdem das Tuberkulin mit ihm in Berührung gekommen ist. Marmorek züchtete nun die Tuberkelbazillen auf sogenanntem „leukotoxischem Serum“, das aus abgestandenem Blutwasser mit Leukozythen und Glyzerinleberbouillon bestand. Hiebei fand er einen von dem „Tuberkulin“ ganz verschiedenen Stoff.

Marmorek lehrte also, daß während des „primitiven Stadiums“ Toxine ganz anderer Art erzeugt würden, die eine ganz andere Bedeutung haben, wie das Kochsche Tuberkulin. In ihnen erblickte er den eigentlichen Grund für die zerstörenden Wirkungen der Tuberkulose auf den tierischen und menschlichen Organismus.

Die von Marmorek im primitiven Stadium gezüchteten Bazillen erreichen in der von ihm angegebenen Nährflüssigkeit eine solche Geschwindigkeit der Fortpflanzung, daß schon nach zwei Tagen ausgedehnte Kulturen zu beobachten sind, wie gewöhnlich gezüchtete Tuberkelbazillen erst nach zwei bis drei Wochen erreichen. Vor allem aber wird in den primitiven Kulturen eine große Menge primitiven Toxins erzielt, das vom Kochschen Tuberkulin verschieden ist. Die Wirkung des Kochschen Tuberkulins wirkt nach Marmoreks Auffassung deshalb einseitig, weil es bei der Immunisierung von Impftieren um Antituberkulin zu bilden imstande sei. Dagegen bleibe es naturgemäß wirkungslos gegenüber andersartigen Giften der Tuberkelbazillen. Bei der Immunisierung von Impftieren mit den primitiven Toxinen werde hingegen eine vielseitigere und kräftigere Antitoxinerzeugung hervorgerufen, und auf dieser Überlegung basiert die Überzeugung von der Wirksamkeit des neuen Antituberkuloseserums Marmoreks.

Die Theorien Marmoreks und ihre praktische Verwertung wurden, wie bekannt, durch die Autorität der Leitung des Institutes Pasteur zu Paris nicht gedeckt, es kam zu einem Konflikt, der Marmorek veranlaßte, seine Stellung als Abteilungschef im Pasteurschen Institut niederzulegen. Während Dieulafoy, Lucas-Championnière und Hallopeau sich in ungünstigem Sinne über die Erfindung aussprachen, trat Monod für Marmorek ein.

Wie Marmorek in seinem ersten Vortrag auseinandersetzte, der November 1903 in der „Berliner klin. Wochenschrift“ erschien, übt die gleiche Tuberkulindosis bei verschiedenen Individuen recht verschiedene Wirkungen aus, nämlich einerseits bei Gesunden und andererseits bei solchen, die in mäßigem Grade tuberkulös oder gar schwer tuberkulös sind. Wie aber ist es zu erklären, daß bei Individuen, die voll von Tuberkeln stecken, häufig eine nur sehr geringe Reaktion auftritt, oder eine solche gar völlig vermißt wird? An Stelle der Reaktion, die man nach der geschilderten Theorie erwarten sollte, beobachtet man eine sehr ausgesprochene Unempfindlichkeit! Es ist schwer begreiflich, wie die geringe Anzahl von Tuberkelbazillen in einem kleinen versteckten Herde die Unempfindlichkeit des gesunden Organismus in eine so gewaltige Empfindlichkeit verwandeln kann, während ein mit Tuberkelerregern übersättigter Körper fast keine Reaktion zeigt.

Mit diesen Fragestellungen hat Marmorek zweifellos durchaus Recht. Ein eigenartiger Grad von Verschiedenheit der Reaktion nach der Tuberkulininjektion muß jedem auffallen, der mit Tuberkulin gearbeitet und die Angaben in der Literatur verfolgt. Köhler hat in seiner Abhandlung („Tuberkulin und Organismus“, Verlag G. Fischer in Jena 1905) darauf hingewiesen, daß die Reaktion des Organismus nach der Tuberkulininjektion sich weder zeitlich noch quantitativ nach einem bestimmten Gesetz formulieren läßt. Es ist sicher, daß nicht der bloße Entzündungsprozeß im Organismus für den Umfang der Reaktion im weitesten Sinne maßgebend ist.

Marmorek glaubt nun, daß das Tuberkulin die direkte Ursache der Symptome bei einer Reaktion nicht sein könne. Er formulierte nun die Hypothese: Das Tuberkulin spielt nur die Rolle der Vorbereitung, es ist das Reagens, welches, auf die Bazillen einwirkend, sie anregt, ein ganz anderes Gift reichlich abzusondern. Die Reaktion beginnt erst dann, wenn die nötige Zeit verstrichen ist, damit eine genügende Quantität von Toxin sich im Herde ansammelt. Es beginnt alsdann die lokale Reaktion. Nach der Resorption des im Bazillenherde abgesonderten Toxins durch das Blut reagiert der vergiftete Organismus mit Fieber.

Die Tuberkulinreaktion ist also verursacht durch die Bildung eines vom Bazillus sezernierten Toxins, nachdem der Bazillus mit dem Tuberkulin in Berührung gekommen ist.

Wenn aber der Tuberkelbazillus bisher außerhalb des Organismus und in vitro das echte Bazillentoxin als Bazillenprodukt nicht erzeugt hat, so lag das nach Marmorek daran, daß man ihn nicht unter die gleichen Bedingungen brachte, wie er am Orte der Sekretion antrifft. So kam er zur Züchtung der „primitiven Bazillen“ unter einem besonderen Nährmilieu in Gestalt eines umständlich erzeugten leukozytären Serums, wobei noch die Beobachtung maßgebend wurde, daß relativ spät bei allgemeiner Tuberkulose der Laboratoriumstiere Lebertuberkeln gefunden werden. Für diese Erscheinung macht Marmorek chemische Verhältnisse der Leber verantwortlich.

Um zu beweisen, daß die konstruierte Substanz wirklich das Toxin sei, suchte Marmorek Tiere mittels diesen Toxins zu immunisieren. Er glaubt, daß dies gelungen sei. Man braucht 25—30 *cm*³ des gegenwärtigen Toxins, auf mehrere Einspritzungen von je 4—5 *cm*³ verteilt, um die Meerschweinchen gegen die subkutane Impfung von 1—2 Tropfen einer schwach opaleszierenden Aufschwemmung von Bazillen zu schützen.

Nach diesen Erfahrungen ging Marmorek zur Behandlung von Menschen mit seinem neuen Serum über, und zwar wandte er zuerst sein Serum bei ausgesprochen schweren Fällen an, bei vorgeschrittenen Tuberkulosen mit reichlichem Sputum, zahlreichen Bazillen, sehr oft mit Fieber und schlechtem allgemeinen Zustand. Es wurden auch mit einer gewissen Vorliebe chirurgische Tuberkulosen behandelt. In mehreren Fällen von vorgeschrittener Lungentuberkulose, betont Marmorek, zeigte sich eine sichtliche und günstige Beeinflussung nicht nur des Gesamtzustandes, sondern auch der lokalen Krankheitsherde selbst. Das Quantum des Auswurfes, wie auch die Menge der Bazillen nahmen stetig ab, die Atemnot verschwand, und ein Zurückgehen der Infiltrationen und Erweichungsherde war unverkennbar. Marmorek beobachtete ferner ein deutliches Zurückgehen pleuritischer Exsudate auf tuberkulöser Basis, mehrere Fälle von Heilung bei Malum Pottii, kompliziert mit Fisteln und Senkungsabszessen oder mit Darmperforationen.

Schließlich hob Marmorek die Ungefährlichkeit seines Serums hervor. Bei ungefähr 2000 Einspritzungen sah er nur dreimal einen kleinen Abszeß an der Einspritzungsstelle aufgehen, gewöhnlich kein Fieber, noch irgendeine lokale oder allgemeine Reaktion.

Fieber bietet keine Kontraindikation, vielmehr soll dieses oft nach wenigen Einspritzungen verschwinden.

Zu der Gruppe, welche durchweg ungünstige oder gar keine verwertbaren Resultate erhielten, gehörten Krokiewicz, Krakau und Engländer, de la Camp, Stadelmann und Benfey.



Krokiewicz sah bei 8 Kranken eine ungünstige Beeinflussung der Temperatur, Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses, Verschlechterung des Allgemeinbefindens, nervöse Unruhe, Benommenheit und Schlaflosigkeit, Kopf- und Gliederschmerzen, schmerzhafte Infiltrationen an den Impfstellen und keine Beeinflussung von Husten, Auswurf und Nachtschweißen. De la Camp berichtet über seine an der II. medizinischen Klinik zu Berlin angestellten Versuche, daß er nie Heileffekte und nur unangenehme Wirkungen wahrgenommen habe. Ähnlich sahen Stadelmann und Benfey bei 5 Kranken oft Fiebersteigerungen, Hautausschläge, schmerzhafte Infiltrationen an den Impfstellen und niemals subjektive oder objektive Besserungen.

Bemerkenswerte ungleiche Resultate erhielt Jacquerod, Leysin und glaubt, daß die erhaltenen Serum-Sendungen nicht gleichwertig gewesen seien. Etwas ungleichmäßige Resultate verzeichnet auch Hoffa, Berlin, der 40 Fälle aller Formen von Tuberkulose der Knochen und Gelenke behandelte. Er sah niemals nachteilige Wirkung. Schwereren, weit fortgeschrittenen Tuberkulosen würde durch das Serum kein Stillstand geboten, er beobachtete dagegen ungewöhnlich schnelle Vernarbung resp. Ausheilung umfangreicher osteomyelitischen Prozesse, die Hoffa nur auf Serum Marmorek beziehen zu können glaubt. Bei vielen Fällen hebt er einen entschieden guten Einfluß auf Temperatur, Allgemeinbefinden und den lokalen Krankheitsprozeß hervor. Störend empfand Hoffa die nicht selten auftretende Lokalreaktion, die er bei ein Drittel seiner Fälle beobachtete, wenn auch meist nach 24 Stunden eine Beseitigung derselben erzielt war. Dieser Übelstand brachte den Autor darauf, das Serum rektal zu geben, ein Vorschlag, den schon Frey in Davos gegeben hatte und deren Zweckmäßigkeit Hoffa bestätigt.

Frey ist einer der Ersten gewesen, welche sich mit der praktischen Anwendung des Marmorekschen Serums beschäftigten, und brachte schon Ende 1904 eine Veröffentlichung über zwölf auf diese Weise behandelte Fälle.

Frey fand folgende Art der Verabreichung zweckmäßig: Er gab zunächst 3 cm^3 subkutan, am 2. Tag 4 cm^3, am 3. Tag 5 cm^3 und führte dann für den 4., 5. und 6. Tag eine Ruhepause ein. Am 7. Tag gab er 5 cm^3, am 8. Tag 6 cm^3, am 9. Tag 7 cm^3, am 10. Tag 8 cm^3. Es trat dann abermals eine Pause von 8 bis 10 Tagen ein. Dann folgte die 2. Serie der Einspritzungen, in der er von 8 bis 20 cm^3 stieg, unter Einschiebung von Ruhetagen.

Er hob hervor, daß jede toxische Wirkung dem Serum fehle, er beobachtete Gewichtszunahmen, deutliche Besserung des tuberkulösen Prozesses, sowie er nicht allzu fortgeschritten war. Aber auch ihm fielen die zeitweise auftretenden Lokalreaktionen störend auf. Er beobachtete Rötung, Schwellung, zeitweise Urticaria. Ob es sich, wie Frey meint, bei diesen Lokalreaktionen um eine Idiosynkrasie handelt, halte ich für zweifelhaft. Mit der Häufigkeit des Auftretens einer Erscheinung geht die Berechtigung zum Gebrauch des Ausdruckes „Idiosynkrasie“ doch verloren, welcher lediglich die abnorme Reaktion einzelner Individuen betonen will. Die Lokalreaktion in den Fällen nach Anwendung des Marmorekserums scheint doch eine allgemein vorkommende toxische Wirkung am Orte der Einspritzung zu bedeuten.

War Frey in seinem Endurteil in dieser ersten Publikation mit Recht vorsichtig, so wurde er nach längerer Erfahrung zu einem begeisterten Anhänger des neuen Verfahrens. Er führte aber gerade in Rücksicht auf die unangenehme Lokalreaktion die rektale Anwendung ein.

1905 veröffentlichte Frey die Ergebnisse seiner $2^1/_2$jährigen Erfahrungen. Er schickt dem Serumklystier eine Reinigungsprozedur des Mastdarmes voraus und injiziert anfangs 5 bis 15 cm^3 mittels einer 20 cm^3 fassenden Glasspritze mit Hartgummiansatz. Von dieser Methode ist Frey begeistert. Er hat nach seinem Berichte deutlich spezifische Wirkungen beobachtet, Hebung des Allgemeinbefindens und Beeinflussung des Fiebers, sogar bei Fällen, die bisher allen Fiebermitteln trotzten. Die antitoxische Wirkung soll umso energischer sein, je kürzere Zeit toxische Einwirkungen stattgefunden hätten. Er vermißte jede schädliche Nebenwirkung und vermutet eine gute Resorption bei der rektalen Anwendung. Zweifellos wird die rektale Methode Freys bei späteren Versuchen empfohlen werden müssen.

Einer der beachtenswertesten Arbeiten ist sodann die Abhandlung von E. Lewin, der selbst im Marmorekschen Laboratorium Tierversuche anstellte und einen sichtbar günstigen Einfluß auf Heilung von tuberkulösen Wunden feststellte. Bei präventiven Impfungen, so glaubt er, scheint es, als ob die deletäre Wirkung des Tuberkelbazillus auf den Tierorganismus aufgehoben sei oder in hohem Grade eine Verspätung erfahre. In seiner dritten Versuchsreihe hat Lewin zuerst Tiere mit Tuberkulose infiziert und einige Tage später mit Serum behandelt. Nach 3 Wochen zeigten seine Kontrolltiere vollkommen ausgebildete Tuberkulose, die behandelten Tiere hatten weder eine lokale, noch eine generalisierte Tuberkulose. Er selbst bezeichnet sich als Augenzeuge von günstigsten Resultaten bei schweren und schwersten Fällen, die in London, Paris, Dijon und Laysin behandelt wurden.

Mannheim, Berlin, behandelte zirka 50 Fälle mit 500 Injektionen und sah niemals schädliche Nebenwirkungen, selbst bei subkutanen Injektionen. Er glaubt, das Serum habe eine Wirkung auf das eigentliche Toxin im Organismus, nicht auf die durch dasselbe bedingten Krankheitsprozesse. In seinen Schlußfolgerungen ist er vorsichtig und meint, weder die günstigen, noch die negativen Resultate ließen bestimmte Schlüsse zu. Auch Veillards Arbeit möchte ich nicht übergehen, in welcher dieser Autor über die Resultate der Behandlung von 22 zum Teil schwerer Fälle berichtet, die er ein Jahr behandelte. Bei den meisten war die Einwirkung günstig, bei anderen dagegen blieb jede Einwirkung aus. Zuweilen traten heftige lokale Begleiterscheinungen auf, so daß das Serum ausgesetzt werden mußte. Meistens wurde das Allgemeinbefinden sehr gut beeinflußt, langsamer der Krankheitsprozeß selbst. Der Bericht von H. de Rothschild und Brunier ist wegen der Vielseitigkeit der Tuberkulosefälle selbst interessant. Diese Autoren behandelten 4 schwere Fälle, davon einen 25jährigen Mann, der seit 2 Jahren eine schwere Lungen- und Kehlkopftuberkulose aufwies, einen Fall von Ostitis tuberculosa des Sternoklavikulargelenks, einen 6jährigen Knaben mit tuberkulöser Kniegelenkentzündung, ein 10jähriges Mädchen mit tuberkulöser Ostitis des Hüftgelenkes. Die beiden Ärzte waren mit den Resultaten recht zufrieden, in sämtlichen Fällen wollen sie bedeutende Besserung, im zweiten Falle Heilung festgestellt haben. Rühmend heben sie die völlige Unschädlichkeit des Serums, bei täglichen Dosen bis 10 cm^3, hervor, den günstigen Einfluß des Serums auf den Allgemeinzustand und das Gewicht, so daß sie rückhaltlos den Gebrauch des neuen Mittels empfehlen.

Bemerkenswert ist endlich das Endergebnis der Untersuchungen von Montalti, welcher 9 Fälle ambulant behandelte. Er betont die spezifische Wirkung des Serums, eine beträchtliche Verminderung des Auswurfes, Aufhören oder Besserung der Dyspnoe und der Schweiße, Gewichtszunahme ohne Überernährung, sehr gutes Allgemeinbefinden und völliges Verschwinden des Fiebers. Stephani betonte ausdrücklich die mächtige Wirkung des Serums für frische Fälle, während in zu veralteten Fällen Mißerfolge festzustellen waren. Schwarz endlich berichtete einen recht bemerkenswerten Erfolg, einen Fall von Heilung bei primärer Tuberkulose der Bindehaut des Bulbus. Der tuberkulöse Charakter des Leidens wurde mikroskopisch durch Nachweis von Tuberkelbildung, von Bazillen im Tränensekret und durch Impfversuche bewiesen. Die Heilung war als vollkommen anzuerkennen nach der Injektion von 289 cm^3 Serum am 106. Behandlungstag, ohne medikamentöse oder chirurgische Therapie.

III. Referate.

Zur Differentialdiagnostik zwischen Nierenerkrankungen und Perityphlitis. Von Dr. Arthur Schlesinger.

In der Mehrzahl der Fälle ist wohl die sichere Diagnose der Appendizitis leicht; jedem in der Praxis Stehenden dürften



aber nicht allzuwenig Fälle, besonders chronische und subchronische, begegnet sein, wo die Abgrenzung von anderen Krankheiten der Unterleibsorgane auf große, ja unüberwindliche Schwierigkeiten stieß. Es kommen hier im wesentlichen Gallenblasen-, Genital- und Nierenerkrankungen in Betracht. Ist ein deutlich verdickter Wurmfortsatz oder gar ein zurückgebliebenes Exsudat fühlbar, so ist ja die Diagnose gesichert. Wie zahlreich sind aber die Fälle, wo man trotz dauernd negativen Palpationsbefundes durch fortdauernde Schmerzen zur Operation gezwungen, erst bei der Laparotomie sichere perityphlitische Veränderungen, Verwachsungen, Stenosen oder Empyem findet, und durch das Verschwinden der Beschwerden nach der Operation vollends die Diagnose gesichert wird. Auch die Druckschmerzhaftigkeit in der Gegend des sogenannten Mc. Burneyschen Punktes ist manchmal trügerisch. Nicht nur, daß bei nervösen Beschwerden eine solche bestehen kann, es ist auch der Druckpunkt, der bei einem Stein im Ureter oder der Niere vorhanden sein kann, kaum von dem bei einer Perityphlitis verschieden. Wenn man nun dazu nimmt, daß Blasenbeschwerden wie bei einem Stein im Ureter oder der Niere, ebenso bei einer in der Nähe der Blase sich abspielenden Perityphlitis vorhanden sein können, so sieht man, wie schwierig oft die Diagnose wird. Nun hatte man bisher als sicheres Unterscheidungsmerkmal den mikroskopischen Urinbefund angesehen. Besonders der Befund von Schatten (d. h. ausgelaugter roter Blutkörperchen) war oft ausschlaggebend für die Diagnose, zumal eines Nierensteines. Wir wissen, daß unmittelbar nach Anfällen von Nierenkolik sich solche Schatten, meist in größerer Menge, im Urin finden. Die klinischen Beobachtungen der letzten Jahre haben nun gezeigt, daß man den Wert der Blutkörperchenbefunde für die Differentialdiagnose überschätzt hat. Es sind sowohl in der Privatklinik des Herrn Prof. Israel als auch im Krankenhause eine ganze Reihe von Fällen chronischer Perityphlitis beobachtet worden, wo mehrfache Urinuntersuchungen stets das Vorhandensein mehr oder weniger zahlreicher roter Blutkörperchen im Urin ergaben. Autor führt einige recht prägnante Fälle an, wo es sich um die Differentialdiagnose, Perityphlitis oder Nierensteine gehandelt habe und kommt zu dem Schlusse: 1. Bei chronischer Perityphlitis kann man nicht allzuselten das Auftreten von roten Blutkörperchen (frischen und ausgelaugten) im Urin beobachten. 2. Wichtig für die Diagnose gegenüber den Erkrankungen der Nieren oder des Ureters, wenn auch nicht absolut maßgebend, sind Ausstrahlungen der Schmerzen in Hüfte, Oberschenkel, besonders in den Hoden. 3. Es gibt auch nephritische Zustände, bei denen die Erscheinungen von seiten des Darmes im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen. (Deutsche Mediz. Wochenschr. Nr. 44, 1906.)

*

Über Uterusrupturen. Von Dr. C. Rendlen.

Jeder Geburtshelfer soll sich bei einer Uterusruptur folgende Fragen stellen: 1. Welches sind die Ursachen der Uterusruptur? 2. Sind die Symptome der drohenden, sowie der entstandenen Zerreißung für den Arzt leicht zu erkennen? Nach Schröder tritt die Zerreißung für gewöhnlich in dem gedehnten Teile des Uterus ein, welche vom unteren Uterinsegment plus Cervix gebildet wird. In den meisten Fällen ist es die übermäßige Dehnung des unteren Uterinsegments und des Cervix, welche selbst bei gesundem Muskelgewebe bei mechanischem Mißverhältnis zwischen Becken und vorliegendem Kindsteil zur Zerreißung führt. Begünstigenden Anlaß zur Zerreißung gibt stürmische Wehentätigkeit, unterstützt von unvernünftiger Anstrengung der Bauchpresse, vor allem bei verschleppter Querlage die Einführung der Hand und des Armes in das überdehnte Uterinsegment. Fälle von Zerreißung des Uterus infolge von krankhaftem Verhalten kommen kaum in Betracht, wiewohl sie nicht ganz abzuleugnen sind. Die Hauptursache einer Uterusruptur sind: Vernachlässigte Querlagen, besonders bei engem Becken; daneben kann auch durch Hydrokephalie und sehr starker Verengerung der Weichteile die Zerreißung erfolgen. Ähnlich wie der Widerstandsring am Beckeneingang wirken schwere Narbenstenosen der weichen Geburtswege, die vom Zervix abwärts bis zum Scheideneingang als Ursache für eine Ruptur beobachtet worden sind. Die Unnachgiebigkeit des Narbenringes muß in solchen Fällen eine hochgradige sein; viel häufiger kommt es zu schweren Zerreißungen der Narbe und ihrer Umgebung, also zu einfachen Zervix- und Vaginalrissen. Abgesehen von der spontanen Uterusruptur kann auch noch durch gewaltsames Handeln des Geburtshelfers eine Ruptur entstehen. Diese Zerreißungen kommen hauptsächlich vor bei Wendungen wegen Querlage und Schädellage, zumal wenn zu früh, bei noch nicht genügend eröffnetem Zervix, oder sehr spät, nachdem schon tagelang das Fruchtwasser abgegangen und der Uterus tetanisch um die Frucht zusammengezogen ist, die Wendung gemacht wird. Dem geübten, bedächtig vorgehenden Geburtshelfer wird die Zerreißung weniger leicht vorkommen, als dem ungeübten Anfänger, der zu gewaltsam und stürmisch vorangeht. Bei Mehrgebärenden (Fehling) kommt die Uterusruptur siebenmal häufiger vor, als bei Erstgebärenden, auch die Dauer der Geburt kommt nicht in Betracht, denn die Literatur weist Fälle auf, wo nach dreistündiger Geburtsarbeit die Ruptur eintrat; wie oft dagegen kreißt die Frau tagelang ohne Nachteil. Wie soll der Geburtshelfer bei drohender, wie bei stattgefundener Uterusruptur sich verhalten? Hat man drohende Uteruszerreißung erkannt, so soll man in erster Linie möglichst rasch die stürmische Wehentätigkeit durch Chloroform oder eine genügend große subkutane Morphiumdose abschwächen; lebt das Kind, so wird der Kopf, wenn bis zur Spirallinie reichend, mit der Zange entwickelt. Das von Hofmeister empfohlene Einpressen des Kopfes ins Becken, um ihn mit der Zange fassen zu können, ist rationell, aber doch ist Vorsicht zu üben; Erfolge sind nicht zu leugnen, doch ist Leopold geneigt, in einem Falle das Eintreten der Ruptur mit dem unzweckmäßig ausgeübten Verfahren in Zusammenhang zu bringen. Auch bei Querlagen wird die Entscheidung nicht immer leicht sein, so lange das Kind lebt; tiefe Narkose, streng bimanuelle Wendung, äußerst langsame Umdrehung der Frucht können noch ein gutes Resultat geben, ist aber der Tetanus uteri zu stark, die Dehnung sehr hochgradig, so unterlasse man die Wendung, die doch kein lebendes Kind ergibt, und mache die Dekapitation, ebenso wenn die Frucht abgestorben ist. Ist die Ruptur eingetreten, so liegt die Sache weit einfacher. Sofortige und schonende Entbindung ist hier angezeigt. Ist die Frucht noch ganz oder zum Teil im Uterus, so ist die Extraktion mit der Zange nur dann am Platze, wenn dieselbe voraussichtlich eine ganz leichte ist. Ist das Kind in die Bauchhöhle getreten, so ist es das einzig richtige Verfahren, möglichst bald durch Laparotomie die Frucht zu entwickeln samt Plazenta und sollte unbedingt in jedem Falle sofort die Naht des Risses folgen, wiewohl manche Operateure von der Laparotomie und von der Naht absehen und nur Drainage des Risses machen wollen, es wird aber doch heutzutage jede größere Wunde genäht, um die Blutung zu sistieren und keinen Anlaß zur Sepsis zu geben. Sind die Zerreißungen des Uterus sehr starke, dann sollte die Abtragung desselben nach Porro ausgeführt werden. Eine Streitfrage unter den Gynäkologen ist heute noch die: soll, wenn sich bei Ruptur das Kind per vaginam extrahieren ließ, die Laparotomie zum Zwecke der Uterusnaht gemacht werden oder nicht? Fehling sagt unbedingt ja, denn es sei chirurgisch unrichtig, eine größere gerissene Wunde der Gefahr der Blutung und Sepsis zu überlassen. Diese Operation ist am besten in einem gut eingerichteten Spital oder Klinik zu machen; die Laparotomie soll aber nur dann gemacht werden, wenn es das Allgemeinbefinden gestattet. Diesem eingreifenden Verfahren steht gegenüber das abwartende: viele empfehlen heute noch, wenn die Frucht per vaginam extrahiert wurde, nur die Jodoformgazetamponade der Uterushöhle und besonders der Rißstelle auszuführen, bei unvollkommener Uterusruptur mit Erhaltung des Bauchfelles ist es wohl zweifellos das richtige Verfahren, es schützt aber nicht vor schwerer Erkrankung im Wochenbett. Es ist bekannt, daß sowohl nach Ruptur als nach



Kaiserschnitt die Nahtstellen der Gefahr neuer Zerreißung ausgesetzt sind; man soll daher bei erneuter Schwangerschaft rechtzeitig den Fall untersuchen und nach genauer Schätzung des Beckens und der Kindsgröße allenfalls die künstliche Frühgeburt einleiten oder den Kaiserschnitt bei bedingter Anzeige empfehlen. (Zeitschrift für Wundärzte und Geburtshelfer, LVII.)

*

Vakzineerkrankung des Lidrandes. Von Nedden.

In der niederrh. Gesellschaft für Natur und Heilkunde in Bonn stellte Nedden einen Fall von Vakzineerkrankung des Lidrandes vor. Die 13jährige Pat. wurde an dem linken Oberarm geimpft, worauf zwei Vakzinepusteln aufgingen. Sechs Tage später bemerkte sie eine Anschwellung an dem rechten Auge, welche in den nächsten Tagen rasch zunahm, so daß sie sich genötigt sah, die Augenklinik aufzusuchen. Bei äußerer Betrachtung fällt zunächst eine starke Schwellung der Lider des rechten Auges auf, welche das Öffnen des Auges unmöglich macht. Erst nach Auseinanderziehen der Lider sieht man in der Mitte des oberen Lidrandes einen 6 *mm* breiten, unregelmäßig begrenzten Defekt, welcher von einer weißlichen Membran bedeckt ist. Letztere läßt sich nicht abwischen, dagegen kann man sie mit der Pinzette leicht in toto abziehen, worauf ein frisch rot aussehendes Geschwür zum Vorschein kommt. Dasselbe ist sehr flach und grenzt sich gegen die Konjunktiva scharf ab, ohne auf letztere überzugreifen. Unmittelbar daneben befinden sich drei kleinere Geschwüre am intermarginalen Saum von derselben Beschaffenheit, welche die ganze äußere Hälfte des Lidrandes einnehmen. Auch in der Mitte des unteren Lidrandes sieht man ein mit grauem Belag versehenes, flaches Ulkus, welches in der Form genau mit dem gegenüber am oberen Lidrand befindlichen Geschwür übereinstimmt, jedoch etwas kleiner ist als dieses. Wegen der starken und schmerzhaften Lidschwellung ist die Bindehaut und Hornhaut nur mühsam zu überschauen, jedoch kann man noch zur Genüge erkennen, daß sich daselbst krankhafte Veränderungen nicht vorfinden. In dem Belag der Lidrandgeschwüre lassen sich mikroskopisch außer spärlichen kokkenartigen Gebilden keine Bakterien nachweisen. Zu erwähnen ist noch, daß die präaurikulare Lymphdrüse der rechten Seite etwas geschwollen und druckempfindlich ist.

Nach diesem Befund kann es sich nur um eine Vakzineinfektion des Lidrandes handeln, welche ohne Zweifel von den Pusteln am Arm übertragen worden ist. Und zwar hat sich die Pat. nach den Angaben der Mutter am zweiten und dritten Tag nach der Vakzination häufig an den geimpften Stellen gekratzt und darauf ahnungslos mit derselben Hand an dem rechten Auge gerieben. Die Vakzineinfektion des Lidrandes unterscheidet sich von derjenigen an anderen Stellen des Körpers dadurch, daß es am Lidrand nie zur Bildung von Bläschen und Pusteln kommt, sondern nur zu flachen Defekten in der obersten Hautschicht, welche von einer kroupösen Membran überdeckt werden. Dies erklärt sich wohl dadurch, daß infolge der frühzeitig auftretenden Lidschwellung die Lidränder gegeneinander gepreßt werden, wodurch die in der Entwicklung begriffenen Bläschen alsbald platzen. Die beständige Berührung der Lidränder hat zur Folge, daß die Infektion, welche ursprünglich meistens nur an einem Lidrand sitzt, zuweilen auf den gegenüberliegenden Lidrand übertragen wird, wie es auch bei unserer Pat. der Fall gewesen ist. Es sind auch Fälle bekannt geworden, in denen die Vakzineinfektion die Konjunktiva und die Kornea betroffen hat. In einem Falle war die Kornea sogar primär erkrankt; derselbe war dadurch zustande gekommen, daß sich ein Arzt aus Versehen mit einer Impflanzette ins Auge gestochen hatte. Die Vakzineerkrankungen der Kornea haben im allgemeinen eine schlechte Prognose, weil sie meist zu einer tiefen parenchymatösen, scheibenförmigen Keratitis führen, welche nur mit Hinterlassen von dichten Hornhautnarben heilt. Schirmer hat zuerst auf diese eigenartige Affektion aufmerksam gemacht und mehrere Fälle beschrieben. In unserem Falle sind solche Komplikationen nicht zu befürchten, weil die Krankheit auf die Lidränder beschränkt ist. Sie wird auch wohl nicht weiter um sich greifen, weil durch die Impfung am Arme bereits ein gewisser Grad von Immunität eingetreten ist. Wahrscheinlich wird der ganze Krankheitsprozeß, ohne Schaden zu hinterlassen, in 10—14 Tagen abgelaufen sein. (Deutsche Med. Wochenschrift Nr. 46, 1906.)

IV. Literatur.

Hans Ripper: Fünfzig Jahre Gräfenberger Erinnerungen, besonders an Prießnitz und Dr. Schindler. Eingeleitet von Dr. med. Chr. Diehl, Leipzig. Krüger & Co.

Der Herausgeber dieser Memoiren, ein jetzt 76jähriger Greis, ist der dritte Schwiegersohn Vinzenz Prießnitz, und, was mehr besagt, die verkörperte Tradition des Graefenberges. Seit 50 Jahren hat dieser Laie, dessen praktisch-hydriatisches Wissen, nebenbei bemerkt, das der allermeisten Kollegen übertrifft, zusammengehamstert, was immer an Prießnitz-Literatur erschien. Seit der nämlichen Zeit ging er ferner mit nie versiegendem Eifer jeder möglichen mündlichen Quelle nach, erforschte und notierte von alten Kurgästen und Einheimischen, von Badedienern aus der Prießnitzzeit, die in seinen eigenen besten Jahren noch größtenteils lebten, und endlich auch von Dr. Schindler, dem Schüler und Nachfolger Vinzenz Prießnitz, der nach diesem der erfahrenste Hydriater war, aber leider nur weniges Schriftliche hinterließ. Was Hauptmann Ripper so der Nachwelt gerettet, gibt nebst zahllosen wohlverwahrten Reliquien ein wohlausgerüstetes Prießnitzmuseum, aus dessen reichen literarischen Schätzen gar viele Kollegen, und nicht zum wenigsten der Referent selbst, Belehrung und kostbares Wissen schöpften. Einen Teil seiner Memoiren nun hat der bekannte Schriftsteller Leopold Katscher druckfertig gemacht und Dr. Diehl mit einer begeisterten Einleitung versehen. Auf den reichen Inhalt dieser Erinnerungen hier einzugehen, verbietet der allzu beschränkte Raum. Doch kein Hydropath wird diese Memoiren übersehen dürfen. Bieten sie doch sogar dem Erfahrensten selbst noch neue Belehrung. Für Prießnitz jedoch, den seit einigen Jahren auch die Medizin schon zu würdigen beginnt, wenn auch bei weitem noch nicht nach Verdienst, bedeutet die Schrift seines Schwiegersohnes ein hochbedeutsames Ruhmes- und Gedenkblatt. Dr. J. Sadger.

Arthur Loebel: Entwicklung, technische Einrichtung und therapeutische Bedeutung des Bades Dorna. Wien 1906, Alfred Hölder.

Der hundertjährige Gedenktag dieses Kurortes gab dem Verfasser, der bereits eine Reihe hydriatischer und balneologischer Arbeiten publizierte, den Anlaß zu der obigen Studie. Sie bringt zunächst eine sehr eingehende historische Einleitung über die Entwicklung dieses Bades und bringt dann erschöpfend alles Wissenswerte über Klima, Kuranlagen, Mineralquellen, Bäder und Heilanzeigen von Dorna. Das mit einer Reihe gelungener Illustrationen versehene Buch wird gewiß dem Bade manche Freunde werben. Dr. J. Sadger.

V. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 14. Dezember 1906.

Friedrich A. Schwarz stellt einen Patienten vor, der mit der Diagnose Inkarzeration einer Hernia inguinalis zur Aufnahme kam. Laut Angabe des Patienten war seine rechte Skrotalhälfte immer leer gewesen. In der Gegend des rechten äußeren Leistenringes hatte er schon seit langer Zeit einen bohnengroßen Körper verspürt. Dieser machte für gewöhnlich keine Beschwerden, wohl aber hatte Patient bei Druck und Stoß darauf große Schmerzen, denen sich gewöhnlich eine kurzdauernde Schwellung anschloß. Der Patient war bis zu drei Tagen vor der Aufnahme vollständig gesund. An diesem Tage empfand er plötzlich heftige Schmerzen an der er-



wähnten Stelle, es trat auch wieder eine Schwellung auf. Einmaliges Erbrechen. Während der nun folgenden zweitägigen Bettruhe hatte Patient stärkere Schmerzen nur bei Druck auf die Schwellung, geringere bestanden aber auch so. Erbrechen trat nicht mehr auf, Stuhl und Winde gingen unbehindert ab. Der Kranke wurde dann zur Operation an die Klinik gewiesen. Hier wurde unter den Diagnosen: Darmwandhernie, Torsion, respektive Inkarzeration eines Netzstranges (Torsion des Leistenhodens sehr wahrscheinlich) zur Operation geschritten. Die Operation, deren Ausführung Redner nun näher schildert, bestätigte die Diagnose Torsion des Leistenhodens und demonstriert derselbe das durch die Operation gewonnene Präparat. Die Diagnose der Torsion des Leistenhodens ist gewöhnlich ziemlich schwierig. In den bis nun publizierten 73 Fällen wurde nur siebenmal die sichere Diagnose gestellt. Meist wurde Inkarzeration einer Hernie, Orchitis, Periorchitis angenommen. Die Operation soll stets vorgenommen werden, da man meist eine Komplikation (Inkarzeration usw. usw.) nicht ausschließen kann und auch nach längerem Bestehen der Hoden als schon nekrotisch anzusehen ist. Von der Kastration kann man nur dann absehen, wenn sich der Hoden nach der Detorsion sichtlich erholt und wenn die Torsion unter 22 Stunden besteht. Denn nach dieser Zeit ist den Erfahrungen zufolge der Hoden als verloren anzusehen.

Oskar v. Hovorka stellt einen Fall vor, an dessen rechter Hand man einen Dislocatio ad axim und ad latus, sowie eine Verschiebung der Längsachse des Spatium interosseum beobachten kann. Anamnestisch wird angegeben, daß diese Deformität im Anschluß an eine starke Massage seitens eines Arztes aufgetreten sei. Doch ist diese Angabe falsch, da die radiologische Untersuchung einen angeborenen Knochendefekt des distalen Ulnarendes ergibt. Diese Teilerscheinung einer eigenartigen Wachstumsstörung wurde von Kienböck als chondrale Dysplasie des Skelettes mit multipler Exostosenbildung beschrieben. Sie tritt meist multipel und familiär auf. Betrachtet man das Röntgenbild, so sieht man deutlich, wie die Ulna vorzeitig vor der Karpallinie aufhört und sich förmlich an den Radius anschmiegt. Der Radius hingegen ist um den Ulnastumpf kompensatorisch leicht gekrümmt; an seiner radialen Kante findet man zwei kleinere Exostosen.

Paul Clairmont demonstriert aus der v. Eiselsbergschen Klinik eine Patientin, bei der eine Hernia sacralis mit Prolaps eines Appendix epiploicus operiert und der Versuch eines radikalen Verschlusses gemacht wurde. Der Befund bei der Aufnahme war: In der Sakralgegend ein orangengroßer Tumor, der bei Husten größer wird, aus dem ein zirka 6 *cm* langes Gewebsstück heraushängt, das als Netz anzusprechen ist. Der Tumor ist leicht kompressibel, nicht druckschmerzhaft, gibt tympanitischen Schall. Bei dieser Patientin war im Jahre 1891 wegen einer luetischen Striktur eine Rectotomia externa (nach Kraske-Hochenegg) vorgenommen worden. Bei der Operation der Hernia sacralis wurde die Frage des radikalen Verschlusses in der Weise gelöst, daß der Musculus glutaeus der linken Seite an den angefrischten Periostrand des resezierten Kreuzbeines durch mehrere Nähte herangezogen wurde.

Emil Zack demonstriert das Blut eines Falles von Lipämie. Der Fall wurde mit Coma diabeticum dem Spital überwiesen und starb eine Stunde nach der Einlieferung. Aus den großen Gefäßen wurde das Blut in Eprouvetten gefüllt; nach dem Zentrifugieren hatte sich von dem schwärzlichroten Kruor eine mächtige, gelblich-weiße, rahmartige Schichte abgesondert. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes zeigte im nativen Präparate normale Verhältnisse; nur konnte man bei starker Vergrößerung an der Grenze der mikroskopischen Wahrnehmbarkeit stehende kleinste Kügelchen erkennen, die sich in lebhafter molekularer Bewegung befanden und nach Zusatz von Sudan III durch eine rote Färbung deutlicher in Erscheinung traten. Schüttelt man eine Probe der gelblichen Schichte des Blutes mit Äther und läßt diesen sodann verdampfen, so scheidet sich eine ölige Schichte Fettes ab. Es handelt sich mithin um eine hochgradige Lipämie bei einem Coma diabeticum. Solche Fälle sind ziemlich selten und es ist interessant, daß die beiden Fälle, an denen Kußmaul die eigenartig veränderte Atmung der Komatösen studierte, Lipämien waren.

Victor Frommer demonstriert ein von ihm bereits vor vier Jahren konstruiertes, in letzter Zeit entsprechend modifiziertes Instrument zum Nähen der Wunden in beschränkten Hohlräumen und hauptsächlich der tiefliegenden Blasenscheidenfisteln. Das Instrument besteht im wesentlichen aus einer an einem Führungsstab beweglich angebrachten, rückwärts gerichteten Nadel, die feste und beliebige Stellung wird mittels Drehen der am unteren Teile des Instrumentes sich befindenden Schraube erreicht und jede Stellung wird an der ebenfalls dort sich befindenden Skalenscheibe genau sichtbar. Die beim Nähen erforderliche Drehung des Instrumentes und damit der Nadel läßt sich dadurch genau bemessen, daß der vierkantige, untere Halter an jeder Seite mit einer passenden Gradmarkierung versehen ist: 0°, 90°, 180°, 270°. Die nach oben schauende Seite zeigt die Anzahl der Grade an, um die die Nadel gedreht ist.

v. Auffenberg demonstriert einen Patienten, an dem wegen Paralysis nervi radialis dextri die Resektion eines spindelförmig verdickten, 1·5 *cm* langen Stückes dieses Nerven am Oberarm mit darauffolgender Nahtvereinigung der Stümpfe von Hofrat v. Eiselsberg ausgeführt wurde. Anschließend daran bespricht Auffenberg die bisherigen Erfahrungen über Nervennaht und -lösung auf Grund eines Materiales von 20 Fällen der Klinik Eiselsberg. Die hiebei erzielten günstigen Resultate stimmen im großen und ganzen mit den Resultaten anderer Kliniken überein. *i. m.*

Aus den französischen Gesellschaften.

Professor Guiart: Systematische Behandlung der Appendizitis mit Thymol. G. wendet sich mit Energie gegen den Mißbrauch, der mit der chirurgischen Behandlung der Appendizitis getrieben werde. Er versichert, daß dieselbe fast immer parasitären Ursprunges sei und durch die bloße Verordnung vermifuger Mittel geheilt werden könne. Er bedient sich zu diesem Zwecke — eine vorhergehende Untersuchung der Fäzes auf Eier der Eingeweidewürmer ist ganz unnötig — des Thymols, das er in großen Dosen, 2 bis 3 *g* per die in eingrammigen Pulvern verwendet. Mit ein wenig Wasser mit einstündigem Zwischenraum genommen, wird es drei Tage lang fortgesetzt. Zum Schluß wird ein salines Abführmittel gegeben. Während dieser drei Tage darf nichts als Wasser getrunken werden. Das Thymol wird von den Kranken so gut vertragen, daß sie ihr gewohntes Leben und Nahrung fortsetzen können. Man wird ihnen bloß Öl, Glyzerin, Essigsäure, Chloroform, Äther und Alkohol entziehen, da das Thymol in diesen Flüssigkeiten löslich ist und so zur Vergiftung führen kann. Ref. erlaubt sich, die Heilbarkeit der Appendizitis durch ausschließliche Thymolmedikation zu bezweifeln. (Assoc. franc. pour l'avancement des scienc. Lyon, 7. August 1906.)

Royet: Über einige Beziehungen zwischen Erkrankungen des Rhino-Pharynx und der Menstruation. Dieselben sind zweierlei Art: 1. Erscheinen von Blutungen aus der Genitale nach selbst unbedeutenden Eingriffen im Nasenrachenraum; 2. günstige und dauernde Einwirkungen auf dysmenorrhoische Beschwerden im Gefolge von Behandlung rhino-pharyngealer Affektionen. — Die Tatsachen der ersten Kategorie sind recht selten und werden nur bei solchen Affektionen gesehen, die mit otitischen Störungen, wie Schwindel und lebhafter Kongestion des Rhinopharynx einhergehen. Die Erscheinungen der zweiten Kategorie dagegen sind viel häufiger und von großem praktischen Wert. (Ibidem.)

Barnsby, Tours: Über die Naht der Vena cava inferior. Im Verlaufe einer transperitonealen Nephrektomie wegen Nierenkrebs entstand ein Riß in der vena cava infer. Derselbe saß an der Vorderwand oberhalb der Nierenvenen; er war 8 *mm* lang. Da die zirkuläre Ligatur plötzliche letale Folge gehabt hätte, entschloß sich B. zur Naht. Dieselbe fiel



günstig aus und der Pat. genas vollkommen. (XIX. Congrès de chirurg., Paris 1.—6. Octob. 1906.)

Fournier: Die Syphilis der anständigen Frauen. Der berühmte Syphilidologe hielt über dieses Thema zwei Vorträge, die in ihren geistreichen, interessanten Auseinandersetzungen Sensation erregten. Er beschäftigte sich mit jenen Frauen, die von ihren Männern in der Ehe infiziert werden, und schildert das Unglück, das nach seinen reichlichen Erfahrungen dadurch in vielen Familien angerichtet werde. Die Fälle, in denen der Mann durch seine in der Ehe erworbene Syphilis seine Frau schädigt, seien seltener als jene, bei denen der Mann noch aus seiner Junggesellenzeit die gar nicht oder nicht genügend lange behandelte Syphilis in die Ehe mitbringe. Leichtsinn, falsche Scham bringen dann jene Verheerungen bei Frau und der Nachkommenschaft hervor. Er schließt folgendermaßen: 1. Wenn man die Syphilis hat, ist es gut, es zu wissen *a*) um sich selbst genügend und rechtzeitig zu behandeln, *b*) um zu vermeiden, sie auf andere zu übertragen, das heißt auch, daß der Arzt die Pflicht hat, seine Klienten nicht zu täuschen und auch auf ein Verschweigen oder Dissimulation nicht einzugehen, außer in Fällen der äußersten Not; 2. die Irrtümer in der Praxis in bezug auf tertiäre Syphilis sind sehr häufig. Sie sind am gäufigsten bei den anständigen Frauen, die von ihren Ehehatten angesteckt werden. (Acad. de Medecine, 9. Oct. 1906.)

Phocas: Genu recurvatum acquisitum. Vortr. hat bei einem 18jährigen Menschen ein sehr ausgesprochenes genu valgum im Gefolge einer vor 5 Jahren bestandenen Osteomyelitis beobachtet. Das Bein bildete mit dem Oberschenkel einen rechten Winkel, wenn der Kranke lag. Die Operation bestand im Anlegen einer keilförmigen Osteotomie mit hinterer Basis. Sie wurde intraartikulär vorgenommen. Vollkommenes Redressement. Ähnliche Verbildungen sind selten. Bisher wurde nur ein Dutzend solcher Fälle beschrieben. (XIX. Congrès franc. de chirurgie, 6. Octob. 1906.)

Variot: Unstillbares Erbrechen bei Säuglingen. V. stellt einen Säugling vor, dessen unstillbares Erbrechen durch Ersetzen der Muttermilch durch sterilisierte Milch, der Natr. sulf. zugesetzt wurde, beseitigt werden konnte. Vielleicht hätte man durch Ammenwechsel denselben Erfolg erzielen können, aber das verbot sich durch die soziale Lage der Mutter. V. glaubt, daß man zwei Kategorien von unstillbarem Erbrechen bei Säuglingen unterscheiden müsse. Die eine besteht in einfachen Regurgitativen, die einer Irritabilität des Magens aus unbekannter Ursache zuzuschreiben sei. Man wird desselben leicht Herr durch Verabreichung von natr. citr. vor der Mahlzeit. Die andere Art, die man nur durch Änderung der Nahrung bekämpfen könne, sei wahrscheinlich durch eine Intoxikation durch die Muttermilch verursacht, obwohl die Analyse der Milch dafür keinen strikten Beweis liefert. Zu dieser zweiten Art gehört auch der von V. vorgestellte Fall. (Société med. des hospit., 12. Octob. 1906.)

Pastean. Die Cowperitis bei der chronischen Gonorrhoe. Unter den Ursachen der Komplikationen der chronischen Gonorrhoe spielen die Cowperitiden eine große Rolle, obwohl ihre Untersuchung eine schwierige ist. Man muß sich daher prinzipiell an ihre Untersuchung heranmachen. Dieselbe wird durch bidigitale Palpation des Perineums, Zeigefinger ins Rektum, Daumen an Perineum ausgeführt. Man kann so auch die Cowperschen Drüsen exprimieren, ihr Inhalt entleert sich in die Urethra. Sonst rebellische Urethritiden können so zur Ausheilung gelangen. (Assoc. franc. d'Urologie.)

Dr. Sr.

VI. Aus der Praxis.

Über Acocanthesa Schimperi als Mittel bei Herzkrankheiten. Von Lewin.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft macht Lewin auf die Acocanthesa Schimperi als Mittel bei Herzkrankheiten aufmerksam. Das häufige Versagen der Digitalispräparate bei

Kompensationsstörungen sowie die nicht seltenen Nebenwirkungen, haben stets den Wunsch nach Ersatzpräparaten rege gehalten. Oft weist uns die Volksmedizin auf den richtigen Weg. Dem Studium der Pfeilgifte verdanken wir das Strophanthin. Ein noch viel stärkeres Herzgift ist in der ostafrikanischen Pflanze Acocanthesa Schimperi enthalten, dessen sich die Eingeborenen zum Erlegen der Rhinocerosse und Elefanten bedienen. Ein erbsengroßes Stück des Giftes genügt, um solch ein Tier in 20—25 Minuten zu töten. Arnaud hat daraus ein krystallinisches Alkaloid dargestellt, das sich als dreimal so giftig wie das Strophanthin erwies; er gab ihm den Namen Quabain. Lewin gelang es aus derselben Pflanze ein amorphes Alkaloid darzustellen. Andere Forscher haben ebenfalls Alkaloide daraus gewonnen, so auch Brieger, doch scheinen sie alle mit dem Quabain identisch zu sein. Die Wirkung ist ganz dieselbe wie die der Digitalis, doch übertrifft das amorphe Quabain die Digitalis um ein vielfaches. Die bisherigen Ergebnisse sind derart, daß es keinem Zweifel unterliegen kann, daß das Quabain eine wertvolle Bereicherung der Therapie der Herzkrankheiten darstellt.

VII. Notizen.

* Es kommt ziemlich häufig vor, daß österreichische Ärzte beim Norddeutschen Lloyd Schiffsarztstellen einnehmen. Nun stehen derzeit die Ärzte Deutschland im Kampfe mit den verschiedenen deutschen Reedereien, folgender Aufruf finde daher auch in diesen Blättern Aufnahme.

Schiffsärzte! Durch eine große Zahl von Tagesblättern geht zur Zeit eine vom „Norddeutschen Lloyd in Bremen" veranlaßte Notiz, die einer Richtigstellung bedarf. Zunächst bedeutet das in Aussicht gestellte Monatsgehalt von 150 Mk. fast nur beim „Norddeutschen Lloyd" eine nennenswerte Aufbesserung. Er zahlte nämlich bis zum vergangenen Sommer das seit Jahrzehnten unverändert gebliebene Monatsgehalt von 100 Mk. und erhöhte es dann notgedrungen auf 120 Mk., während ein großer Teil der übrigen Reedereien den Bewerbern um Schiffarztstellen schon seit Monaten ein Gehalt von 200 Mk. anbietet. Die geringe jetzige Zulage von weiteren 30 Mk. seitens des Norddeutschen Lloyd fällt daher wenig ins Gewicht. Überdies ist von einer Aufbesserung der Gehälter für die Ärzte, die den verantwortungsvollen u. gesundheitlich nicht ungefährlichen Dienst auf den indisch-chinesischen Küstenfahrten versehen, nicht die Rede.

Auch die Behauptung, die Ärzte des „Norddeutschen Lloyd" seien mit den ihnen angebotenen Gehaltssätzen zufrieden, ist unrichtig. Allerdings haben einige wenige, am Land befindliche Lloydärzte in Unkenntnis der Verhältnisse sich zum Unterschreiben eines Schriftstückes ähnlichen Inhaltes bewegen lassen, sie haben aber ihre Unterschrift sofort wieder zurückgezogen, als sie den wahren Sachverhalt erfuhren.

Der 24. Kongreß für Innere Medizin in Wiesbaden findet unter dem Vorsitze des Herrn Geheimrat von Leyden aus Berlin vom 15.—18. April 1907 statt. Am ersten Sitzungstage: Montag, den 15. April 1907 soll folgendes Referatthema zur Verhandlung kommen: Neuralgien und ihre Behandlung. Referent: Herr Schultze (Bonn).

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet:

Herr Huismans (Köln): Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tay-Sachsschen familiären amaurotischen Idiotie.

Herr v. Jaksch (Prag): Über chronische Mangantoxikosen.

Herr Treupel (Frankfurt a. M.): Der gegenwärtige Stand der Lehre der Perkussion des Herzens.

Herr Franze (Bad Nauheim): Demonstration einer durchsichtigen Zeichenebene für Orthodiagraphie.

Herr C. Hirsch (Leipzig) und W. Spalteholz (Leipzig): Koronarkreislauf und Herzmuskel, anatomische und experimentelle Untersuchungen.

Herr Ed. Müller (Breslau): Das proteolytische Leukozytenferment und sein Antiferment.

Herr Ed. Müller (Breslau) und Herr Jochmann (Berlin): Demonstration einer einfachen Methode zum Nachweise proteolytischer Fermentwirkungen.

Anmeldung von Vorträgen nimmt entgegen Geh. Sanitätsrat Dr. Emil Pfeiffer, ständiger Sekretär des Kongresses für innere Medizin, Wiesbaden, Parkstraße 13.

VIII. Bibliographie.

Der Hypnotismus mit Einschluß der Hauptpunkte der Psychotherapie und des Okultismus. Von Dr. med. Albert Moll. Vierte, vermehrte Auflage. Mk. 10. Berlin W. 35, Fuchers med. Buchhandlung (W. Kornfeld) 1907.

Lösung der Pellagrafrage. Von J. Rappold, k. k. Professor i. R. Wien, Selbstverlag, IV., Hauptstraße 77. 1906.



IX. Eingesendet.

Vorlesungen für praktische Ärzte. Der Verein Kaiser Franz Joseph-Ambulatorium veranstaltet einen am 8. Jänner beginnenden Vortragszyklus von 11 Vorlesungen (jeden Dienstag, vom 8. Jänner bis 19. März 1907) für praktische Ärzte mit folgendem Programm:

1. 8. Jänner. Prof. Dr. Eduard Spiegler: Über die Behandlung der Syphilis im Frühstadium.

2. 15. Jänner. Priv.-Doz. Dr. Heinrich Schur: Über Fortschritte in der Behandlung der Magendarmkrankheiten.

3. 22. Jänner. Dr. Julius Sternberg: Über chirurgische Nachbehandlung. (Mit Demonstrationen.)

4. 29. Jänner. Priv.-Doz. Dr. Emil Schwarz: Über Muskelschmerzen.

5. 5. Februar. Priv.-Doz. Markus Hajek: Über Indikationen bei der Radikaloperation der Nebenhöhleneiterung.

6. 12. Februar. Prof. Dr. Max v. Zeissl: Über die Therapie der Spätformen der Syphilis.

7. 19. Februar. Priv.-Doz. Dr. Carl Kunn: Über Theorie und Therapie des Schielens.

8. 26. Februar. Priv.-Doz. Dr. Julius Zappert: Über künstliche Säuglingsernährung. (Mit Demonstrationen.)

9. 5. März. Priv.-Doz. Dr. Wilhelm Latzko: Über Fortschritte in der Therapie der Puerperalprozesse.

10. 12. März. Dr. Daniel Kaufmann: Über Mittelohrkatarrh und Otosklerose.

11. 19. März. Priv.-Doz. Dr. Friedrich Pineles: Klinische Demonstrationen.

Die Vorlesungen finden im Hörsaale des Kaiser Franz Joseph-Ambulatorium (VI., Sandwirthgasse 3, Mezzanin) um 7 Uhr abends statt. Inskriptionsgebühr für Ärzte und Studierende 2 Kronen für den ganzen Zyklus.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

und die

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner**, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
o. ö. Universitätsprofessor **Dr. J. Nevinny** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/₁, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 2. Wien, 12. Jänner 1907. **Nr. 2.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13218) zu senden.

Die Hydriatik des Rotlaufes.

Von Dr. **J. Sadger,** Wien-Gräfenberg.

(Fortsetzung.)

Und nun den oberwähnten kasuistischen Beitrag von Medizinalrat Dr. Pingler „Ein Fall von Hirnhautentzündung nach zurückgetretener Gesichtsrose". (Gräfenberger Mitteilungen, 6. Heft): Am 23. Dezember 1858 wurde ich berufen, einen in größter Lebensgefahr schwebenden Kranken, an dessen Erhaltung sehr vielen gelegen war, in ärztliche Behandlung zu nehmen.

Der behandelnde Arzt erzählte mir, daß Patient, der in früheren Jahren bereits sechsmal an Gesichtsrose gelitten, am 11. Dezember abermals von solcher befallen worden, daß die Rose auf der rechten Wange begonnen, sich allmählich bis zum Scheitel fortentwickelt habe, daß vom 20—21, als die Desquamation schon fast vollendet, ein Ursprung des Krankheitsprozesses auf die Häute des Hirnes und verlängerten Markes erfolgt sei, daß gegenwärtig schon massenhafte Ausschwitzungen vorhanden wären und er die Herstellung des Kranken für unmöglich halte. Ganz in derselben Weise urteilten zwei konsultierte Ärzte. Unterdessen wurde es mir gestattet, den Kranken zu sehen, welcher sich in folgendem Zustande befand:

Derselbe ist von untersetzter, kräftiger Konstutition, 52 Jahre alt, und war, wie mir von früher bekannt, körperlich wie geistig sehr lebhaft. Ich fand ihn in zusammengesunkener Stellung, den Kopf den Füßen genähert, das Hinterhaupt in das Kissen einbohrend, daher das Gesicht stark nach oben richtend, wirre Reden ohne jeglichen Zusammenhang und ohne die begonnene Konstruktion eines Satzes zu vollenden, mit sehr verstärkter Stimme ausstoßend. Die Extremitäten waren in großer Agitation, bald Treten, bald Schlagen, bald wildes Umherwerfen wurde beobachtet, dabei zitterten die Extremitäten auf beiden Seiten, die Finger waren oft auseinandergespreizt, stets die Sehnen in Bewegung (subsultus tendinum). Natürlich fehlte das klare Bewußtsein. Die Haut fühlte sich allenthalben brennend heiß an, zumeist jedoch am Kopfe, besonders an Stirn und Hinterhaupt, weniger an den Füßen; am Halse und an der Brust war sie mit etwas Schweiß bedeckt. Die Augenlider waren meist fest zusammengepreßt, beim Öffnen derselben zeigten sich die Pupillen eher etwas verengt als erweitert, ohne durch einfallendes Licht sich noch mehr zu verengen, während eine gewisse zitternde Bewegung der Iris auf eine Teilnahme an dem allgemeinen Krampfzustand schließen ließ. Der Ausdruck des Gesichtes war vollständig geistlos, wild, unstät. Zeitweise verstummte das laute Reden, dann erfolgte Zähneknirschen. Der Puls schlug 90mal in der Minute, war voll und hart. Auf starke Purgantien war eine geringe Stuhlausleerung unwillkürlich abgegangen, Lippen und Zunge waren trocken und zusammengeschrumpft. Die Respiration eher etwas gehemmt und nicht ganz regelmäßig.

Nach kurzem Bedenken war mein Entschluß gefaßt und erklärte ich den im Nebenzimmer versammelten Ärzten, daß ich von einer energischen Wasserbehandlung noch einen günstigen Erfolg in Aussicht stellen könne. Die Ärzte, an der Möglichkeit der Heilung verzweifelnd, entgegneten mir: „Bedenken Sie, der jetzige entzündliche Prozeß besteht bereits seit drei Tagen, nachdem Patient schon vorher durch übermäßige Geistesanstrengungen an Kopfkongestion gelitten. Wo ein erysipelatöses Leiden vorangegangen, da ist anzunehmen, daß die Ausschwitzungen früh begonnen, und wie die Zeichen ausweisen, eine enorme Ausdehnung gewonnen haben. Die Bewußtlosigkeit, das Wechseln von klonischen und tonischen Krämpfen, Zähneknirschen, die Kontraktur der Nackenmuskeln, das Einbohren des Hinterhauptes, die zusammengerutschte Lage, die vollständigste Reaktionslosigkeit auf die stärksten Purganzen, Vesikantien, Sinapismen usw., alles dies deutet mit Bestimmtheit auf massenhaftes Exsudat, nicht bloß über der konvexen Hirnfläche, sondern auch auf der basis cranii, selbst bis in den Anfang des Rückgratkanales hinein". Hierauf erwiderte ich: „Ich bin mit der Diagnose des Falles vollständig einverstanden, aber eben deshalb halte ich eine kräftig durchgeführte Wasserbehandlung für umsomehr geboten, und zwar aus folgenden Gründen: Der Kranke hat eine kräftige, unverdorbene Konstitution, und steht auf der Höhe des Mannesalters. Wir haben noch gemischte Erscheinungen, solche, die auf Reiz nämlich, und solche, die auf Druck des Hirns und seiner Häute bis zum Rückgrat herab hindeuten. Die noch sehr erhöhte Wärme am ganzen Körper, besonders am Kopfe, der noch beschleunigte, harte Puls, die Jaktation und Agitation des Kranken, das beständige Reden, Schreien, Zittern, Schlagen, Treten usw. beweisen, daß das Nervensystem noch keineswegs lähmungsartig ergriffen ist.

womit auch das Verhalten der Respiration und Pupille übereinstimmt. Die Erfahrung lehrt nun zwar, daß beim Übertritt eines erysipelatösen Prozesses auf die Hirnhäute die Ausschwitzung sehr rasch erfolgt, sich gleich über eine große Fläche ausbreitet und schnell Konvulsionen und Lähmung herbeiführt; allein dieselbe lehrt auch, daß das Exsudat in solchen Fällen nie eitrig oder jauchig sich erweist, sondern gewöhnlich reich an Wasser und Salzen, daneben eiweiß- und sauerstoffhältig ist. Ständen mir bloß die altbekannten Mittel zu Gebote, dann streckte ich die Waffen und wäre mit den Herren Kollegen vollständig einverstanden, daß man von jedem ferneren Heilverfahren abstehen müsse. Meine Erfahrung jedoch, welche ich in der ausgedehntesten Weise zu machen Gelegenheit gehabt, hat mich es erkennen lassen, daß durch das Prießnitzsche Verfahren auch da noch Heilung erzielt werden kann, wo auf einem anderen Wege dieselbe unmöglich erscheint — dieses gelte auch von Fällen weit vorgeschrittener Exsudation, vorausgesetzt, daß die Exsudatmasse nicht eitriger oder jauchiger Art ist." Sehr erwünscht war mir die Bemerkung des behandelnden Arztes, daß er vor zirka einem Jahre die Sektion eines Mannes, der an zurückgetretener Rose gestorben war, gemacht habe. Er teilte mit, daß er außer vielem Serum eine grünliche, gallertartige Masse (also plastisches Exsudat) über das Hirn ausgegossen gefunden. Ähnlicher Fälle aus den berühmtesten Kliniken wurde erwähnt, mit dem Zusatz, daß der Ausgang stets ein tödlicher gewesen sei. Ich wiederholte, daß ich aus der an mehr als 5000 Kranken gemachten Erfahrung die Heilkräfte des Wassers kennen und würdigen gelernt habe, daß ich es für die größte Feigheit und Gewissenlosigkeit hielte, aus Rücksicht für seinen Ruf die Erhaltung eines Menschen unversucht zu lassen, besonders unter Umständen, die nichts weniger als verzweifelt seien.

Nach langen Debatten bemerkte der behandelnde Arzt: „Wir haben die kräftigsten Mittel angewandt, Blutentziehungen, Vesikantien, Sinapismen, die stärksten Abführmittel, alles haben wir angewandt, ohne Reaktion zu erzielen. Wir sind am Ende!" Da aber sein Wunsch, einen so ausgezeichneten Mann, der noch dazu sein Freund war, erhalten zu sehen, vor jeder Parteirücksicht die Oberhand behauptete, so fügte er hinzu: „Ich kenne Ihr Heilverfahren nicht und überlasse es Ihnen, zu tun, was Sie für recht finden. Die Sache soll Ihnen ganz anheimgegeben werden."

Unterdessen war alles in Bereitschaft gesetzt worden, was zur Kur erforderlich war; besonders erwünscht war mir die Mitwirkung von vier jungen, kräftigen Männern, die schon zum Teil des Badens kundig waren.

Nachmittags nach 2 Uhr wurde die erste Prozedur vorgenommen. Ich ließ zunächst den ganzen Scheitel des Kranken mit einer in kaltes Wasser getauchten dicken Kompresse sorgfältig einhüllen, die alle fünf Minuten erneuert wurde, bereitete das Bad vor, dessen Dauer ich auf ungefähr eine Stunde festsetzte, dessen Temperatur anfangs 19¾° R betrug, da ich beabsichtige, häufige Gießbäder und Duschen von 10° anzuwenden, wodurch das Badewasser auf zirka 14—16° gebracht wurde. Nachdem Patient in das Bad gebracht war, ließ ich den Kopf von einem Badediener fixieren. Meine Herren Kollegen machte ich darauf aufmerksam, daß es mir erwünscht sei, wenn im Anfange des Bades die aktiven Zustände sich im gleichen Grade mehrten, als sich die passiven minderten, daß namentlich der Puls anfangs frequenter, die Respiration beschleunigter, die Haut turgeszierender werden müsse, daß es als günstiges Zeichen zu betrachten sei, wenn der Kranke sich energisch zur Wehre setze, und am günstigsten, wenn am Schlusse des Bades das Bewußtsein wiederkehre.

Das Bad wurde so durchgeführt, daß etwa alle 6 bis 8 Minuten der Kopfumschlag erneuert und der ganze Körper, in Ermangelung eines Vollbades, mit einer Gießkanne mit Wasser von 10° R kräftig begossen wurde, während vier Mann den ganzen Körper mit Wasser abrieben. Als nach einer halben Stunde das Bewußtsein nicht zurückkehrte, goß ich von da an bis zum Schlusse des Bades fünfmal einen starken Strahl von 10° R über den ganzen Kopf, besonders auf den Nacken, jedesmal ½—1 Minute lang. Patient sprach während des ganzen Bades in einem fort, rief Freunde an, hatte die dunkle Idee, daß eine sehr eingreifende Kur mit ihm vorgenommen würde, doch hatte kein Satz Rundung und Zusammenhang. Erst gegen das Ende des Bades bemerkte man, daß das Sensorium etwas freier, die Behinderung in der Empfindung geringer war. Während alle bisherigen Begießungen und Duschen ohne Einwirkung auf das Benehmen des Kranken geblieben waren, so hörte derselbe zuletzt während einer Begießung auf zu reden und war auch während der folgenden Begießung sehr ruhig. Krampfhafte Bewegungen mit Armen und Beinen hatten beständig angehalten; gegen den Schluß des Bades schien es mir, als ob die Neigung sich zu wehren und zu entfliehen deutlicher hervortrete. Der Puls schlug vor dem Bade 90mal, nach einer halben Stunde 118mal, zum Schlusse 90mal in der Minute; die Respiration konnte nicht untersucht werden. Die Haut wurde anfangs heißer, ohne eine aktive Rötung zn zeigen; letztere trat gegen das Ende des Bades nach jeder Begießung am Rumpf deutlicher hervor, und mit Vergnügen bemerkte ich, daß auch ein Gräfenberger Badediener diese Erscheinung wahrnahm und seinerseits viel darauf baute. Der Kranke wurde abgetrocknet, zu Bette gebracht und mit einem frischen Kopfumschlage versehen. Nachdem die wollenen Decken und das Oberbett auf den Seiten leicht eingestopft waren, wurden die Fenster geöffnet. Letztere Maßregel mußte, so oft ich den Rücken gekehrt hatte, von neuem ausgeführt werden; dieselbe erschien den meisten grausenhafter als das Bad selbst. Ich sagte nun den Badedienern, sie sollten die Extremitäten, ohne sie zu entblößen, durch Reiben zu erwärmen suchen. Alsobald trat ein neuer Beweis des günstigen Eindruckes der Kur ein, nämlich Patient ertrug das Frottieren eine halbe Stunde ohne Klagen, dann aber schrie er bei Berührung mancher Stellen laut auf, besonders wenn die Waden, wo Senfpflaster gelegen hatten, berührt wurden. Im übrigen war das Verhalten des Kranken nach dem Bade folgendermaßen: das laute Reden, Schreien und Gestikulieren war immer leiser geworden, ersteres ging in unverständliches Murmeln über, letzteres in einfache Zuckungen in den Extremitäten, sogenanntes Sehnenhüpfen. Dabei bemühte sich Patient in einem fort, die Extremitäten aus den Decken zu befreien, und es gehörte die fortgesetzte Aufmerksamkeit dazu, dies zu verhindern. Das Murmeln des Kranken verstummte endlich ganz, der Atem ward ruhig und schnarchend, aber noch nicht ebenmäßig. Patient versank in schlafähnlichen Zustand. Die Haut an dem Oberkörper wurde schnell warm, dann heiß, endlich feucht, hingegen blieben die unteren Extremitäten kalt. Da nun Patient sich jeder Berührung derselben heftig widersetzte, so sah ich mich in die unangenehme Lage versetzt, durch warme Krüge denselben Wärme zuzuführen. Bald waren auch die unteren Extremitäten warm, und da sich Brust und Rücken mit Schweiß zu bedecken anfingen, so sprach ich die Erwartung aus, daß der Schweiß bald allgemein werden würde, worauf ein Arzt bemerkte: „Das werden Sie nicht erreichen, wir haben eine ganze Woche darauf hingearbeitet, aber nie Schweiß an den unteren Extremitäten bewirken können."

Drei Stunden nach Beendigung des ersten Bades öffnete Patient die Augen, erkannte seine Brüder und alle Anwesenden, sprach in einer Weise, die über die Klarheit seines Geistes keinen Zweifel übrig ließ und in mir die Zuversicht eines nahen vollständigen Sieges noch mehr befestigte. Ehe es aber hiezu kam, sollte uns allen noch eine große Verlegenheit bereitet werden.

Es waren vom 17. bis 23. September dem Kranken eine Menge Arzneien gereicht worden, die jedoch bis dahin ohne alle Wirkung geblieben waren. Nach dem Bade aber riefen sie eine Flut von Erscheinungen hervor, welche den ganzen Kurerfolg in Frage zu stellen drohten. Der Kranke hatte erhalten: den 17. gr. ½ Tart. emet., den 18. Elect. senn. ξ 1 β. den 19. wie am 17., den 20. Emuls. Arab. mit



Nitrum, gleichzeitig Kalomel gr. XV in 10 Pulvern, 3 std. ein Pulver zu nehmen. Den 21. eine Emulsion mit Vin. stip. 3 j. Kamphor gr. I; nebenbei 10 gr. Kalomel in zwei Pulver geteilt, welche Dosis an demselben Tage repetiert wurde; dabei ein Zugpflaster in den Nacken, zuletzt noch pulv. Doweri gr. x in zwei Pulver geteilt. Am 22. Inf. senn. comp. ξ V mit aq. lauroc. ε III, daneben vier Pulver mit je gr. 1/4 Ol. Crotonis. Am 23. acht Pulver derselben Art und Stärke, außerdem Kamph. gr. 3 in einer Mixtur. Dieses in seinen Wirkungen sich zum Teil entgegenarbeitende Chaos von Arzneien war durch die nach dem Bade neu erwachte Lebenstätigkeit der Unterleibsorgane in Bewegung gesetzt worden. Man denke sich das Schauspiel! Ein eigentümliches, aus den Eingeweiden hervordringendes Konzert wurde vernehmbar. Gurren und Knurren mochten gegen eine halbe Stunde in den Gedärmen hörbar gewesen sein, wo dann, einen verpestenden Geruch verbreitend, die erste Entleerung ins Bett erfolgte. Reine Luft ist eine unerläßliche Bedingung, deshalb war ich mit der mehrfach ausgesprochenen Ansicht, den Kranken in das nebenstehende Bett zu transferieren einverstanden. Es geschah, aber was erfolgte! Durch das stündige Halbbad hatte Patient viel Wärme eingebüßt, aber der Hauptzweck, den Blutstrom von dem eigentlichen Krankheitsherd gegen die Peripherie abzulenken und so für die krankhaften Erscheinungen selbst eine Ausgleichung zu schaffen, war gelungen. Die bestandenen Zeichen der Reizung des Gehirnes und des Druckes auf dasselbe hatten Schritt für Schritt nachgelassen; gelang es, das größte Sekretionsorgan, die Haut, in gesteigerter Tätigkeit zu erhalten, dann war die Herstellung angebahnt. In ein frisches Bett hinübergebracht, wurden durch den neuen Wärmeverlust, der sich nicht alsobald ersetzen ließ, die Extremitäten kalt, die Richtung des Kreislaufes wendete sich sichtlich wieder gegen das noch immer gereizte kranke Organ, der Schweiß verschwand gänzlich von der fröstelnden Haut, der Kopf wurde wieder sehr heiß, und als Erscheinungen der Hirnreizung wurden jetzt beobachtet: Verlust des klaren Bewußtseins, lautes Irrereden, Umherwerfen im Bette, Treten und Schlagen mit den Extremitäten, Zeichen von Opisthotonus, kurz große Aufregung und Unruhe, die auch im Puls wie in der Respiration sich zu erkennen gaben. Diesem Zustand setzte ich das fleißige Erneuern der Kopfumschläge, Friktionen am Rumpf und den oberen Extremitäten (an den Unterextremitäten litt Patient keine Friktion) und hienach die Benützung künstlicher Erwärmung entgegen.

(Fortsetzung folgt.)

Das Rettungswesen in Wien.

Von Dr. L. Sofer.

Die Entwicklung des Rettungswesen in Wien kann man dann erst richtig einschätzen, wenn man die heutigen Zustände mit denen vor 25 Jahren vergleicht, ein Vergleich, der umso näher liegt, als vor 25 Jahren die Wiener freiwillige Rettungsgesellschaft gegründet wurde. In einem Interview sagte Dr. H. Charas, der Chefarzt der Gesellschaft: Man kann es heute gar nicht glauben, welche Vorkehrungen vor 25 Jahren für einen Unfall in Wien getroffen wurden. Man kann sich ein schleppenderes Verfahren nicht vorstellen. Der Verunglückte blieb zunächst auf der Straße liegen, bis ein Wachmann erschien. Der Wachmann kam endlich und brachte den Verunglückten in das nächste Haustor. Jetzt erst begab sich der Wachmann in die Wachstube, erstattete hier die Meldung und verständigte dann das Polizeikommissariat. Das Kommissariat verständigte wieder die sogenannten städtischen Träger, die ihre Rollbahre oder ihren Schubkarren nahmen und sich gemächlich auf den Unglücksplatz begaben. Also der Umweg! Wachmann, Wachstube, Polizeikommissariat, städtische Träger. Die beste Satire wurde von dieser traurigen Wirklichkeit übertroffen. Nun sollte man aber glauben, daß nach Ankunft der städtischen Träger die erste Hilfe sofort in Angriff genommen wurde. Weit gefehlt! Jetzt erst begann die eigentliche Qual der doppelt unglücklich Verunglückten. Schon die Anzahl der städtischen Träger verdient Beachtung. Im ersten Bezirk gab es — vier, in jedem anderen Bezirke je zwei städtische Träger. Diese Träger waren im ersten Bezirke im Rathause, in den anderen Bezirken in der Nähe der Bezirksämter postiert. Ihre Hilfsmittel waren Rollbahre und Schubkarren. Andere Instrumente kannten sie nicht. Sie beschränkten sich vielmehr darauf, den Verunglückten, der gewöhnlich mehrere Stunden im Haustore liegen blieb, in den Schubkarren zu legen und ihn in das Spital zu führen. Vor dem Eintreffen in das Spital wurde er nicht behandelt, und hier mußte die erste Hilfe oft die letzte sein. Wir müssen uns nämlich vor Augen halten, daß die jedem Bezirke zur Verfügung stehenden städtischen Träger bald aufgebraucht waren und daß der Standplatz oft leer stand, da die städtischen Träger gerade bei einem Unglücksfalle „intervenierten". So geschah es, daß Unbemittelte — und um diese handelte es sich in erster Linie — auch einen halben Tag lang an unsäglichen Schmerzen gepeinigt, auf steinigem Boden liegen mußten. Auch den Bemittelten ging es nicht viel besser. Im besten Falle wurde er in einen Mietwagen gelegt, in einen Wagen, der für den Krankentransport ganz und gar ungeeignet erscheint. Ärztliche Behandlung ließ man ihm erst in seiner Wohnung zuteil werden. Handelte es sich aber um einen Tobsuchtsanfall auf der Straße, da waren die städtischen Träger ratlos. Gewöhnlich wurde der Kranke in den Schubkarren gelegt, mit Stricken festgebunden und so ging es zum Polizeikommissariat. Der Kranke schrie, tobte, gestikulierte — dem städtischen Träger, der den Schubkarren führte, folgte eine Schar von Neugierigen oder ein Rudel von höhnenden, lärmenden Straßenjungen. Viele Wiener erinnern sich noch an dieses traurige, unwürdige Straßenbild. Man sieht, daß diese angebliche erste Hilfe schon bei Einzelunfällen nicht ausreichte. Bei größeren Unglücksfällen, insbesonders bei Katastrophen versagte der ganze Apparat. Da entstand ein Chaos. Wer sich fortschleppen konnte, tat es, die anderen lagen oft vierundzwanzig Stunden lang im Haustore.

Erst der Ringtheaterbrand brachte den Zusammenbruch des ganzen Systems. Vor 25 Jahren zeigte es sich zum erstenmale klar und deutlich, daß unter allen Umständen in bezug auf das Rettungswesen etwas geschehen müsse, daß es so unmöglich weitergehen könne. Die städtischen Träger, die hie und da auch durch Dienstmänner ersetzt worden waren, konnten unmöglich weiter amtieren, sie wurden vom frischen Hauch einer neuen Zeit weggeblasen. Das Schicksal, das sie traf, war kein unverdientes.

Und damals entstand die Rettungsgesellschaft. Überfliegen wir rasch den Zeitraum von 25 Jahren! Was sehen wir heute? In längstens zehn Minuten fährt am Unglücksorte ein vollständig sachgemäßer und ad hoc gebauter Krankenwagen vor. Im Krankenwagen sitzen erprobte und geschulte Ärzte, denen alle Behelfe der modernen Medizin zur Verfügung stehen, die an Ort und Stelle die erste Hilfe leisten, eine Hilfe, die mit Fug und Recht das schmückende Beiwort „Erste" verdient. Dieser Umschwung sagt alles. Wenn man noch erwähnt, daß bei entfernteren Unglücksfällen auch das Automobil auf den Plan tritt, so tritt am besten der Unterschied zwischen „Einst" und „Jetzt" vor Augen. Daß aber auch die Anzahl der Unglücksfälle immer mehr anschwillt, ersieht man aus der Tatsache, daß die Rettungsgesellschaft im Jahre 1882 in 1780, im Jahre 1905 in 25.402 Fällen intervenierte und daß wir schon jetzt (im September 1906) in unmittelbarer Nähe der Zahl 25.000 halten. Und daß sich die Gesellschaft auch bei Katastrophen bewährt, hat sich bei der Explosionskatastrophe am Schottenring oder bei der Panik in der Altlerchenfelder Kirche gezeigt. Der Name Jaromir Freiherr v. Mundy, der Name Wilczek, der Name vieler anderer Philanthropen wird mit der Wiener Rettungsgesellschaft verknüpft bleiben. —

Doch gehen wir systematisch vor. Der Rettungsdienst wird in Wien teils freiwillig, teils von der Stadt und dem Staate besorgt. Es kommen hinsichtlich des Rettungswesens in Betracht: *a*) Die sogenannten kommunalen, eigentlich staat-



lichen Rettungsanstalten, die in den Wachstuben der Polizei untergebracht sind. Durch den Polizeichefarzt wird die Sicherheitswache in der ersten Hilfeleistung unterrichtet. In der Nacht sind diese Anstalten durch besondere Gaslaternen kenntlich, auf denen mit roten Buchstaben die Aufschrift „Rettungsanstalt“ steht. Diese Anstalten sind mit dem nötigen Verbandzeuge, Krankentragebetten, Rettungskästen und Medikamenten versehen. Die in der Nähe des Donaukanales liegenden Rettungsanstalten stehen in Verbindung mit Rettungskähnen; *b*) die Rettungseinrichtungen in Verbindung mit den städtischen Berufs- und freiwilligen Feuerwehren; *c*) die freiwilligen Rettungsgesellschaften, unter ihnen an erster Stelle die „Wiener freiwillige Rettungsgesellschaft“; *d*) die Einrichtungen in den Theatern und Versammlungslokalitäten; *e*) in Badeanstalten; *f*) in Schlachthäusern; *g*) an anderen Orten.

Ende 1903 befanden sich in Wien 259 Rettungsanstalten.

a) Zahl der Rettungsanstalten im Gemeindebezirke:

Standort der Rettungsanstalt	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	XIII.	XIV.	XV.	XVI.	XVII.	XVIII.	XIX.	XX.	Zusammen
In Sicherheitwachstuben . . .	10	19	10	6	6	6	5	4	7	14	6	8	14	4	3	10	8	8	14	7	169
„ Wachstuben d. städt. Feuerwehr	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	15
„ Wachstuben d. freiw. Feuerwehr	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	6	9	1	—	2	3	4	8	—	35
„ Schlachthäusern	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	5
„ städt. Bädern .	—	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	—	1	20
An sonstig. Orten	1	—	3	—	2	—	—	—	1	—	4	1	1	1	—	—	—	—	—	1	15
Zusammen . .																					259

b) Hilfeleistungen (Erste Hilfe durch die Sicherheitswache 1903).

Art der plötzlichen Erkrankung, des Unfalles oder der Verletzung	Zahl der Fälle	Art der plötzlichen Erkrankung, des Unfalles oder der Verletzung	Zahl der Fälle
Epileptische Anfälle	600	Vortrag . . .	6433
Sonstige Krampfanfälle	629	Stichwunden	482
Ohnmachten	523	Bißwunden	191
Schlagflußanfälle	55	Schußwunden	19
Blutsturzunfälle und andere Blutungen	113	Knochenbrüche	175
Einatmung von Stickgasen	16	Verrenkung und Verstauchung	107
Erstickungsgefahr	8	Verbrennung oder Verbrühung	62
Vergiftungen (zufällige)	21	Verletzungen durch Fallen von Gegenständen	44
Erfrierungsgefahr	9	„ „ Sturz von Höhen	133
Erhängen	—	„ „ Überfahrenwerden	147
Ertrinkungsgefahr (zufällige)	21	„ „ Überrittenwerden	22
Quetsch- und Rißwunden	2615	Sonstiger Erkrankungen und Verunglückungen*)	156
Hieb- und Schnittwunden	1823		
Fürtrag . . .	6433	Summe . . .	7971

*) Darunter 6 Brucheinklemmungen, 25 Gehirnerschütterungen, 6 Lebensrettungen, 5 Hitzschlag- und Sonnenstichfälle, 3 Verletzungen durch Blitzschlag, 11 durch Explosivstoffe, 8 durch ätzende Stoffe, 15 Augenverletzungen, 9 verletzte Extremitäten.

(Schluß folgt.)

Wirtschaftliche Organisation der Ärzte Wiens.

Ende Dezember fand im Saale der k. k. Gesellschaft der Ärzte Wiens die gründende Versammlung der wirtschaftlichen Organisation der Ärzte Wiens statt.

Trotzdem mehr als 1800 Ärzte Wiens ihren Beitritt zur Organisation angemeldet hatten, waren kaum 150 Ärzte erschienen. Auch das Professorenkollegium hatte sich bis auf einzelne Ausnahmen absentiert.

Als Vertreter der ärztlichen Kronlandsorganisationen waren erschienen Dr. Nekowitsch (Niederösterreich) und Dr. Stieler (Schlesien).

Hofrat Prof. Dr. Chrobak heißt als Hausherr die Versammlung willkommen und führte aus, daß die Not die Ärzte zu einer Organisation genötigt habe, wodurch den Schwierigkeiten der Existenz und den Bedrängnissen des Standes begegnet werden soll. Als die Gesellschaft der Ärzte gegründet wurde, bestanden solche soziale Schwierigkeiten noch nicht, er denke noch an jene besseren Zeiten für den Ärztestand zurück. Hofrat Chrobak dankte für die Freundlichkeit, das Vertrauen und die Zuneigung, die ihm entgegenbracht werden, und schloß mit einem Appell an die Einigkeit der Ärzte mit dem Rufe: „In der Einigkeit liegt die Macht.“

Dr. A. Gruß erörterte hierauf in wiederholt von Beifall unterbrochener Rede den Zweck und die Ziele der ärztlichen Organisation im allgemeinen und der Wiener Organisation im besonderen.

Er macht besonders aufmerksam, daß gegenwärtig eine außerordentlich wichtige Frage zur Lösung komme, durch welche die Interessen der praktischen Ärzte auf das lebhafteste tangiert werden, nämlich die Frage der Errichtung und Vergrößerung von Zahlstöcken im Anschlusse an die Krankenanstalten. Es müsse eine der ersten Taten der Organisation sein, den Standpunkt der praktischen Ärzte in dieser Angelegenheit zur vollen Geltung zu bringen. Auch die Krankenkassenfrage müsse die neue Organisation rasch und energisch in Angriff nehmen.

Redner sagte ferner, es werde Aufgabe der Organisationsleitung sein, das gemeinsame Interesse aller Ärzte herauszugreifen und sich in den trennenden Punkten eine weise Beschränkung aufzuerlegen. Dr. Gruß schloß mit der Bitte, die mühsam zustande gekommene Einigkeit nicht zu stören. Der zweite Referent, Dr. Skorscheban, gab der Hoffnung Ausdruck, daß sich die Organisation als ein Schutzdamm gegen jeden weiteren Anprall erweisen werde. Nach Verlesung der Statuten durch Dr. Obhlidal wurde einstimmig der Beitritt zum Reichsverbande beschlossen.

Dr. Nekowitsch als Vertreter des Präsidiums des Reichsverbandes dankt für diesen Beschluß und heißt die neue Organisation willkommen.



Es werden hierauf die Wahlen vorgenommen und 29 Ausschußmitglieder und aus diesen ein Präsidium gewählt, welchem folgende Ärzte angehören:

Dr. Skorscheban, Obmann, Dr. Hans R. v. Woerz, erster Obmannstellvertreter. Dr. M. Obhlidal, zweiter Obmannstellvertreter, Dr. Adolf Gruß, erster Schriftführer, Dr. M. Ellmann, zweiter Schriftführer, Dr. R. Bayer, dritter Schriftführer, Dr. A. Klein, erster Säckelwart. Dr. V. Kienast, zweiter Säckelwart, Dr. L. Königstein, dritter Säckelwart.

Dr. Skorscheban übernimmt den Vorsitz und bringt folgende Resolution zur Abstimmung:

„Die wirtschaftliche Organisation der Ärzte Wiens spricht den in Resistenz befindlichen niederösterreichischen Ärzten ihre Sympathie aus und wünscht ihren gerechten Forderungen recht baldigen und vollen Erfolg.“

Nach einstimmiger Annahme dieser Resolution und Verlesung einer großen Zahl von Begrüßungstelegrammen und Zuschriften aus allen Kronländern wurde die Versammlung geschlossen. i. m.

II. Referate.

Meteorologische Symptome der Neurasthenie. Von Dr. Hummel.

H's Ausführungen lauten im wesentlichen: In dem bekanntlich an sich schon „schwankenden“ Krankheitsbild der Neurasthenie, mit seinem „geduldprüfenden“ Wechsel von „guten und bösen“ Tagen, trifft man häufig kürzere „Episoden“, während welcher die krankhaften Symptome auffallend exazerbiert, plötzlich und unvermittelt stark verschlimmert, erscheinen, trotz gleichgebliebener „äußerer Verhältnisse“, Diät, Kur und Lebensführung. Von diesen bemerkenswerten Episoden sind nun manche dadurch charakterisiert, daß nicht allein die „alten Beschwerden“ als verschlimmert empfunden und bejammert werden, sondern daß noch neue, für gewöhnlich nicht vorhandene, „Symptome“ plötzlich aufgetreten, dazu gekommen sind.

Diese neuen Erscheinungen bestehen gewöhnlich objektiv in blasser oder auch cyanotischer Gesichtsfärbung, erschwertem Atmen, mäßig beschleunigtem Pulsschlage und Schweißausbruch; subjektiv in einem heftigen Oppressionsgefühl in der Herzgegend mit Angst verbunden: Der Kranke hat das Gefühl, als ob er jeden Moment eine Herzlähmung, einen „Herzschlag“ bekommen werde, dazu meist deutlicher Schwindel und bedeutendes Schwäche- und Schwergefühl in den Beinen, besonders vom Knie an abwärts, eventuell bis zum „Kniezittern“ und Versagen der Beine gesteigert, so daß sich Pat. setzen oder legen muß, wo immer er sich gerade befinden mag. Endlich tritt dazu meist noch ein „spannender“ Kopfdruck, besonders im Hinterkopf zwischen beiden Proc. mastoid.

Diese, an Angina pectoris, bezw. „Stenokardie“ nahe anklingenden Symptome schienen mir, um das zu wiederholen, nur dann auffallend und besonders beachtenswert, wenn sie „unvermutet“ und plötzlich bei sonst objektiv und „subjektiv“ „herzgesunden“ Neurasthenikern auftraten. Und nun konnte man die Beobachtung machen, daß dieser beängstigende Symptomenkomplex einem schrofferen Witterungswechsel, vor allem einem Gewitter oder Sturm, um 6—12 Stunden, aber auch bis zu 48 Stundeen vorherging und häufig, trotz zweckmäßiger Therapie, mit wechselnder Intensität bis zum Ausbruch des „Naturereignisses“ anhielt. Der Kranke, welcher bei einem derartigen Anfall gewöhnlich die „Überzeugung eines vorhandenen schweren „Herzleidens“ gewonnen hat, fühlt sich alsbald von demselben befreit: Sowie „der Regen niederbraust und der Sturm das Feld durchsaust“!

Bald darauf ist auch die körperliche Leistungsfähigkeit wieder eine ganz gute. Ein derartiger „Anfall“ kann sich in gleicher oder wechselnder Intensität unter denselben meteorologischen Bedingungen wiederholen; bei Besserung des neurasthenischen Zustandes pflegen die Anfälle „rudimentärer“ zu werden oder verschwinden. Eine erklärende Vermutung liegt wohl am nächsten: Die einem stärkeren Witterungsumschlag vorhergehende bezw. ihn begleitende elektrische Spannungsdifferenz in Atmosphäre und Erdreich wird das subtile neurasthenische Nervensystem abnorm affizieren können und dieses auch häufig tun, nach Ausgleich der elektrischen Spannung verschwindet auch ihr Effekt. (Fortsch. d. Medic. 1906, Nr. 28.)

*

Zur Ätiologie der Tabes. Von Prof. O. Motschutkowsky, St. Petersburg.

Autor polemisiert in erster Linie gegen Fournier und Erb, nach deren Anschauung die Tabes in der großen Mehrzahl der Fälle eine Folge von Syphilis sei und kann seine Behauptungen auf Grund eines überreichen Krankenmateriales (1662 Kranke) stützen. Nach den Daten des Autors erkranken die Männer am häufigsten zwischen 32 und 44 Jahre. Vor dem 20. und nach dem 58. Lebensjahre hat Autor Tabes nicht beobachtet. Das weibliche Geschlecht erkrankte am häufigsten zwischen dem 28. und 32. Lebensjahre. Vor dem 25. und nach dem 47. Jahre wurde keine Erkrankung beobachtet, d. h. außer der Menstruationsperiode nicht eine einzige. Was den Bildungsgrad betrifft, so geht aus seinen Untersuchungen hervor, daß das größte Kontingent bei beiden Geschlechtern Leute mit mittlerer und höherer Bildung ausmachten. Der Handwerkerstand nimmt den zweiten Platz ein. 86·3% fällt auf die höhere Intelligenz und 93·5% auf Stadtbewohner. Nach anamnestischen Angaben beruht die Erkrankung hauptsächlich auf Abusus in venere, Syphilis, körperliche Überanstrengung und Alkohol, hingegen nehmen nach Erb Syphilis, nervöse Veranlagung, Erkältung den ersten Platz ein und steht der Abusus in venere an letzter Stelle.

Erb führt, um seine Theorie zu stützen und zum Beweise, daß Lues in 89·5% aller Tabetiker die Ursache wäre, noch folgende Beweisgründe an:

1. Tabes erscheint 10—15 Jahre nach der syphilitischen Infektion und nicht später als 20 Jahre nach ihr.

Nach Autors Beobachtungen fällt die größte Zahl der Erkrankungen (63·8%) 5—10 Jahre nach der Infektion und die Hälfte dieser Fälle (31·6%) auf das 10. Jahr. 3% seiner Kranken bekamen Tabes mehr als 20 Jahre nach der Lues-Infektion und einige sogar 30 und 36 Jahre später.

2. Es kommen Tabiker vor mit Lues, die sie während ihrer Krankheit erworben haben. Erb leugnet diese Tatsache garnicht ab, hat selbst dergleichen Beobachtungen gemacht und zitiert verschiedene Autoren, die das gleiche gesehen haben. Autor hat 7 Fälle von primärer Affektion bei bestehender Tabes beobachtet.

3. Erb spricht weiter davon, daß es bei Tabes Symptome gäbe, die der Lues des Nervensystemes (Gehirnlues) eigen wären, z. B. Paralysen, hauptsächlich der Sehnerven.

Es hindert ja nichts, daß die Tabes, welche nach dem treffenden Ausspruche Charcots so viel Symptome hat, wie es Buchstaben im Alphabet gibt, unter anderem auch Erscheinungen zeigt, die der Lues mehr oder weniger angehören. Endlich kann ja Lues bei Tabes charakteristische Erscheinungen im Nervensystem geben, ohne daß sie dabei irgend eine Rolle in der Ätiologie spielt.

4. Erb sagt, daß Tabes bei Jungfrauen selten vorkomme; Moebius verneint ihr Vorkommen bei jungfräulichen Individuen vollständig. Autor beobachtete eben schon die vierte Tabetikerin — eine jungfräuliche Person; alle kannten vor der Tabes das Geschlechtsleben überhaupt nicht, waren Jungfrauen im vollen Sinne des Wortes und hatten keine Lues, auch keine außergeschlechtlich akquirierte. In den letzten vier Semestern hat M. zwei dieser Kranken in seinen Vorlesungen demonstriert.

5. Erb beobachtete ein Ehepaar: Der Mann hatte vor 20 Jahren Initialsklerose und Verdacht auf Tabes; die Frau ist Tabetika seit 2 Jahren. Erb glaubt, daß tabetische Ehepaare ohne Lues ein Ding der Unmöglichkeit seien.

Unter M.'s Kranken waren 3 tabetische Ehepaare. Bei allen 3 Ehepaaren war Lues nicht mit Bestimmtheit nachzuweisen, aber dagegen ein kolossaler abusus in venere. In der sehr interessanten Frage über die Verbreitung der Syphilis



unter den Prostituierten und das unter ihnen nicht seltene Vorkommen der Tabes, haben die ziffernmäßigen Beläge der Autoren, die sich mit der Statistik der progressiven Paralyse beschäftigen, eine große Bedeutung. Die progressive Paralyse ebenso wie die Tabes wird ja der Lues als Grundursache zugeschrieben. So fand Westphal 1894 in seinem Bericht über progressive Paralyse in der Berliner Charité, daß unter 145 Frauen, die daran litten, 74% unzweifelhaft Lues gehabt hatten; unter diesen war nicht eine einzige puella publica. 1895 fand Friedrichsen, aus der Klinik des Prof. Gerhardt, unter den Paralytikerinnen 54·4% mit vorangegangener Lues, und auch keine einzige Prostituierte unter ihnen. Unter meinen Tabetikerinnen befand sich nur eine Prostituierte und nur zwei, die früher Lues gehabt hatten.

Diese Fakta sprechen laut gegen diese eben erwähnten nervösen Erkrankungen der Prostituierten auf luetischer Basis. Nach der Statistik des Prof. Wedensky erkranken die puellae publicae in St. Petersburg alle an Syphilis im Laufe der ersten fünf Jahre ihres Gewerbes.

Einige Autoren versichern, daß in den Dörfern, wo Syphilis selten vorkommt, auch Tabes eine Ausnahme wäre. Bei uns in Rußland gibt es Orte, die von Syphilis, genital und extragenital, durchseucht sind, und doch gibt es da überhaupt keine Tabetiker.

Die Frage der habituellen Aborte, die einer gewesenen Lues zugeschrieben werden, ist sehr kompliziert. M. hat oft von seinen Kranken gehört, daß sie 2 oder 3 Aborte gehabt haben und daß ihre Männer vor der Ehe eine „schlechte" Krankheit gehabt hätten, aber jetzt seien sie völlig gesund. Solche Angaben mußten genügen, um die betreffenden Kranken für luetisch infiziert zu halten und ihre Aborte selbstredend der Lues zuzuschreiben. Wir erkundigen uns gar nicht einmal genauer nach den einzelnen Umständen, sondern das Faktum habitueller Aborte ist für uns genügend. Wir wissen ja garnichts vom Gesundheitszustand des Vaters zur Zeit des befruchtenden Koitus. Inzwischen sind so wichtige objektive Anzeichen wie fettige Entartung der Plazenta und Mazeration des fötus nicht immer beweisend für überstandene Lues. Unzweifelhafte Anhaltspunkte für Syphilis der Mutter, wie Gummata oder Arteriitis der Plazenta sind recht selten, doch ist Prof. Ott der Meinung, daß die Aborte in überwiegender Mehrzahl der Fälle als Folgen einer organischen Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane aufzufassen seien und daß bei weniger als $^1/_{10}$ aller Aborte die Schuld der Lues zuzuschreiben sei.

6. Interessant ist die Behauptung Erbs, daß bei Frauen die Tabes 10—15mal seltener vorkommen soll, als bei Männern, und in derselben Proportion auch die Erkrankung an Syphilis bei beiden Geschlechtern angetroffen werde. Darauf erwidert Prof. M.: Ein solches Verhältnis ist leicht möglich und richtig unter der Stadtbevölkerung und besonders bei Krankenhausmaterial anderer Staaten, bei uns in Rußland aber stehen die Sachen ganz anders. Nach den statistischen Daten des Medizinaldepartements von 1877—1891, die aus Berichten von Stadt und Land zusammengesetzt sind, ist die Zahl der männlichen Luetischen gleich 58·7%, der Frauen 41·3%; dies Verhältnis ist fast immer gleich, sowohl für Krankenhäuser wie außerhalb derselben. Nach diesen Ziffern ist ja noch ein großes Übergewicht der Zahl männlicher Kranken zu konstatieren, aber doch lange nicht zehnmal mehr, wie Erb sagt; er hat seine Zahlen aus der alten Statistik Fournier. Nach den Daten unserer Landschaftsärzte, denen ich wie auch Herzenstein unbedingtes Vertrauen schenken, was Objektivität und Erklärungen anbetrifft, überwiegt die Zahl der weiblichen an Lues erkrankten die der männlichen; und zwar 54·1% zu 45·9% der Männer.

Es ist ja klar, daß man nicht in der Lues allein den Grund zur Tabes suchen soll! Man kann ja freilich nicht leugnen, daß bei tabetischen Erkrankungen in der Anamnese Lues einen riesigen Vorrang hat, im Verhältnis zu anderen Erkrankungen, aber deshalb dürfen wir nicht aus dem häufigen Vorkommen einer Krankheit in der Anamnese, sie gleich als einziges ätiologisches Moment hinstellen, d. h. sie allein zum Sündenbock der Tabes machen. Wenn wir auf diesem Wege weitergehen, so finden wir, daß in der Anamnese der Tabiker die Gonorrhoe eine ebensogroße Rolle spielt, ja wenn nicht noch größere; bei meinen Kranken war Gonorrhoe in 141·7% zu finden. Und doch hat bis jetzt noch niemand das Wagnis unternommen, die Tabes von der Gonorrhoe abhängig zu machen. Hingegen spricht die ungeheure Zahl der Gonorrhoiker in meinen Fällen nicht gerade für einen sehr soliden Lebenswandel der Tabiker und zeugt nicht von Enthaltsamkeit in geschlechtlicher Hinsicht.

Die physische Überanstrengung spielt bei allen Autoren eine große aber nicht die Hauptrolle in der Tabesätiologie, die Oppenheim in seinem Lehrbuch so kennzeichnet: Eine andere Ursache der Tabes außer Lues kennen wir nicht.

Prof. M. ist nicht einverstanden mit R. Marie, daß das anamnestische Material völlig ausreichend sei zur Entscheidung über die luetische Natur der Tabes. Es ist auch klar, daß die fehlerhaften Schlußfolgerungen hierin nicht nur im Gebrauch der anamnestischen Methode liegen, sondern auch im Mißbrauch derselben; wahrscheinlich sind auch unschuldige Erkrankungen für Syphilis gehalten worden. Daher die ungeheuren Zahlen. Nach seiner Berechnung ist die häufigste Ursache der Tabes im geschlechtlichen Abusus zu suchen. Man muß nur peinlich genau und zu wiederholtenmalen die Kranken über ihr früheres Leben ausfragen, und Sie werden immer auf längere oder kürzere Zeitabschnitte stoßen, während welcher täglich mehrmals der Koitus ausgeübt wurde, wonach dann Erscheinungen der Rückenmarksdarre auftraten. Dieses ursächliche Moment in der Tabesätiologie beherrschte seit 1851 dank der Autorität Rombergs, völlig die Literatur; alle unsere Lehrer, vorzügliche Beobachter, wiesen darauf als Ursache der Tabes hin, und jetzt haben wir wirklich keine schwerwiegenden Gründe, das nicht ebenso anzuerkennen oder nicht dabei zu bleiben. (Russ. med. Rundschau, 1906, X.)

III. Literatur.

Enzyklopädie der praktischen Medizin. Herausgegeben von Dr. M. T. Schnierer und Prof. H. Vierordt. 1. bis 11. Lieferung. Wien, Alfred Hölder.

In den letzten Tagen ist von der obengenannten Enzyklopädie die II. Lieferung erschienen. Dieselbe enthält die Abschnitte Leberkrankheiten—Malaria. Diagnose und Therapie ist auch in dieser Lieferung eingehend besprochen, hervorzuheben und besonders die Artikel Lokalanästhesie, Luxationen, Magenkrankheiten. Für den praktischen Arzt, der sich rasch orientieren soll, kann diese Enzyklopädie der praktischen Medizin nicht genug empfohlen werden, da sie ihm ein ungemein prägnant abgefaßtes Nachschlagewerk bietet. J. M.

Geleitworte zur Fahrt in das Leben. Von Dr. Alfred Sternthal in Braunschweig. gr. 8° 18 Seiten. Leipzig 1906, J. Ambrosius Barth. Der Vortragende, ein Dermatologe, sprach diese Geleitworte vor den Abiturienten der höheren Lehranstalten in Braunschweig. An die Aufklärung über den sexuellen Verkehr schließt er die Forderung strengerer Abstinenz an.

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen mit besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. Herausgegeben unter Mitwirkung namhafter Autoren im Namen des wissenschaftlich-humanitären Komitees von Dr. Magnus Hirschfeld. VIII. Jahrgang, 940 Seiten. Leipzig, Verlag von Max Spohr, 1906. Preis Mk. 15.— broschiert, Mk. 16.50 elegant gebunden.

Der 8. Band dieser periodischen Publikation, welche ein weites bis vor Jahren fast unbeachtetes Gebiet der wissenschaftlichen Bearbeitung erschlossen und von Jahr zu Jahr die Beachtung weiterer Kreise gefunden hat, ist soeben erschienen. Dieser Jahrgang wird durch eine Arbeit von Dr. Magnus Hirschfeld „Vom Wesen der Liebe", zugleich ein Beitrag zur Lösung der Frage der Bisexualität eingeleitet. Die einzelnen Kapitel: „Die große Liebesleidenschaft", „Ge-



schlechtstrieb und Geschlechtsverkehr“, „Die Stadien der Liebe“, „Die relative Konstanz des Geschlechtstriebes“, „Theorie und Geschichte der Bisexualität“, „Teilanziehung“ zeigen zahlreiche neue Gesichtspunkte auf, welche bei einer künftigen Beurteilung des Liebesproblems nicht unberücksichtigt bleiben werden. Den Ausführungen Dr. Hirschfelds schließen sich umfassende Angaben von Personen jeden Alters, Standes und Geschlechtes über ihr Sexualleben an. Dieser umfassenden Arbeit folgt ein Aufsatz Elisabeth Dauthendeys über „Die urnische Frage und die Frau“. Die Verfasserin wendet sich mit mahnenden Worten an ihre Geschlechtsgenossinnen, um sich ihrer, vor allem in ihrer Eigenschaft als Mütter, im Kampfe für die Verkannten zu versichern. Weiters finden wir Beiträge von Undine Freiin v. Verschuer über „Die Homosexuellen in Dantes Göttlicher Komödie“, eine Studie v. Römers (Amsterdam), über den „Uranismus in den Niederlanden bis zum 19. Jahrhundert, mit besonderer Berücksichtigung der großen Uranierverfolgung im Jahre 1730“, die Mitteilungen über „merkwürdige Fälle aus der Kriminalgeschichte Frankreichs nach den Memoiren der Scharfrichter Sanson“ u. s. w. Mit sehr interessanten Studien und Abhandlungen sind noch vertreten Dr. Iwan Bloch, Dr. Birnbaum, Dr. Friedländer, Hofrat Neugebauer u. s. w.

IV. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 6. Dezember 1906.

Josef Schwoner demonstriert einen Fall von angeborenem Vitium. Der Knabe ist zehn Jahre alt, für sein Alter klein (120 *cm* lang), außerordentlich grazil und blaß; Cyanose und Trommelschlägelfinger sind nicht vorhanden. Der Spitzenstoß im V. Interkostalraum in der Mammillarlinie ziemlich hebend, die Herzdämpfung reicht nach links bis zur Mammillarlinie, nach rechts bis zur Mitte des Sternums; die Auskultation des Herzens ergibt an der Herzspitze ein systolisches Geräusch und einen diastolischen Ton, über dem Manubrium sterni und links vom Sternum im II. Interkostalraum ein starkes, holperndes systolisches und ein diastolisches Geräusch. Diesem Auskultationsbefund entsprechend fühlt man im I. und II. Interkostalraum links ein starkes systolisches Schwirren. Der II. Pulmonalton ist nicht besonders akzentuiert. Am Röntgenbilde sieht man eine Verbreiterung des Gefäßschattens nach links, welcher der erweiterten Pulmonalarterie und dem dilatierten Ductus arteriosus Botalli entspricht. Der Puls zeigt keine auffallenden Eigenschaften. Es besteht aber ein offener und aneurysmatisch erweiterter Ductus Botalli nebst Erweiterung der Pulmonalarterie. Sonderbar ist, daß der Knabe von seiten seines Herzens nie Beschwerden gehabt hat und auch bei raschem Gehen oder Stiegensteigen gar kein Herzklopfen hat.

Karl Foltanek demonstriert eine Gangrän des rechten Fußes embolischer Natur bei einem drei Wochen alten Kinde.

Theodor Escherich zeigt eine Moulage eines ähnlichen Falles ebenfalls unbekannter Natur.

Karl Hochsinger erinnert, daß er einen analogen Fall von Gangrän bei einem neugeborenen Kinde vor vier Jahren veröffentlicht habe. Die Nekrose betraf dort das von der Art. thoracica longa versorgte Hautgebiet. Als wahrscheinlich war eine Embolie der Art. thoracica longa anzunehmen.

Robert Koenigstein demonstriert mikroskopische Präparate von Epithelkörperchen, von Tetanie und akuter Enteritis und Pneumonie. Im ersten Falle traten im neunten Lebensmonate die ersten tetanoiden Erscheinungen auf. Es bestand das typische Bild der Tetanie: allgemeine Hypertonie der Muskeln, Geburtshelferstellung der Hände, Fazialisphänomen, Medianusphänomen und leichte Equinovarusstellung der Füße. Unter Temperatursteigerung auf 41° allgemeiner Streckkrämpfe trat der Exitus letalis ein. In den Epithelkörperchen fanden sich weder makro- noch mikroskopische Veränderungen. Der zweite Fall betraf ein Kind von $1^1/_2$ Monaten, das im eklamptischen Anfalle ins Spital gebracht wurde und daselbst nach kurzer Zeit starb. Die Sektionsdiagnose ergab Gastroenteritis cum haemorrhagis intestini, Myodegeneratio cordis, Pneumonia lobularis disseminata pulm. utr. In den beiden oberen Epithelkörperchen waren makro- und mikroskopisch Blutungen nachweisbar. Sehr interessant ist es also, daß im ersten Falle einer Tetanie mit den klassischen Symptomen Blutungen in den Epithelkörperchen nicht vorhanden waren, während im zweiten Falle bei einem Symptomenkomplex der akuten Enteritis und Pneumonie ausgebreitete Blutungen in diesen Organen sich vorfanden.

Theodor Escherich erklärt, daß bei der Tetanie Epithelkörperblutungen keine regelmäßige Rolle spielen.

A. v. Reuss stellt einen Fall von chronischer, rezidivierender Parotitis vor. Bei dem $5^1/_2$jährigen Mädchen ergab die Anamnese, daß es sich um einen chronischen, bis gegen das zweite Lebensjahr zurückreichenden Prozeß handle. Die Mutter gibt an, daß bei dem Zustandekommen der Rezidive Erkältungen eine Rolle spielen, daß es dementsprechend im Sommer niemals zu stärkerem Anschwellen kommt, daß letzteres gewöhnlich mit dem Eintritt der rauheren Jahreszeit zusammenfällt, um sich im Verlauf des Winters öfters zu wiederholen. Der Befund ist folgender: Beide Parotiden sichtlich vergrößert, etwa nußgroß, von derber Konsistenz, körnig, deutlich abgrenzbar, vollkommen schmerzlos. An den Ausführungsgängen keine Veränderungen nachzuweisen. Derartige chronische Erkrankungen der Parotis scheinen recht selten zu sein, da sie nur selten in der Literatur Erwähnung finden. Kümmel beschrieb einige Fälle, doch betrafen dieselben hauptsächlich Erwachsene.

Hans Abeles referiert über mitigierte Morbillen und verlängerte Inkubationszeit: Bei zwei Mädchen, 15 und 13 Jahre alt, wurde am 17. Tage nach erwiesener Infektion ohne wesentliche Prodrome eine Masereruption konstatiert, in dem einen Falle mit allen klassischen Zeichen, jedoch mit nur eintägiger Fieberdauer, in dem anderen nur ein schwaches Exanthem, Gaumenexanthem und mäßige subjektive Symptome. Die geringe Intensität der Erkrankungen ist wahrscheinlich auf erhöhte individuelle Resistenz zurückzuführen, da der erste Fall vor einigen Jahren tagelang und innig mit einem Masernkranken beisammen lebte, der andere Fall vor einem Jahre eine schwere Masernerkrankung durchmachte. Der Zeitraum von der Infektion bis zur Hauteruption (also Inkubation und Invasionsperiode), die Entwicklungszeit der Masern wird von den meisten Autoren konstant, und zwar mit 13—14 Tagen bestimmt. Eine Verzögerung der Eruption wurde nur dann konstatiert, wenn für die betreffenden Individuen eine erhöhte natürliche oder erworbene Resistenz nachgewiesen werden konnte, entweder durch die abnorm milde Verlaufsart ihrer Erkrankung oder auf Grund des Umstandes, daß sie eine oder mehrfache ausgiebigste Infektionsgelegenheiten überdauert hatten, ohne zu erkranken, ein Verhalten, das bei normaler Disposition nicht vorkommt.

Ignaz Eisenschitz erwähnt, daß wiederholte Erkrankungen an Masern bei denselben Individuen nicht so selten sind. Auch morbilli sine exanthemate sind nicht besonders selten und hat Redner erst in letzter Zeit einen derartigen Fall beobachtet.

Karl Hochsinger betont, daß als Inkubation nur die Zeitperiode zwischen Infektion und Prodromi zu betrachten ist. Wiederholte Masernerkrankung bei einem und demselben Individuum ist gewiß viel seltener, als früher angenommen wurde, seitdem man Masernexanthem, Rubeolen und papulöse Erytheme gut differenzieren könne. Masern ohne Hautexanthem, welche Koplik-Exanthem zeigten und dann abliefen, hat Hochsinger öfters gesehen.



Klemens v. Pirquet widerspricht der Ansicht Abels, daß die verlängerte Inkubationszeit bei Morbillen mit einer erworbenen Resistenz, Immunität, Allergie erklärt werden könne, denn wenn wir die Vakzination zum Vergleiche heranziehen, so finden wir, daß Verlängerung der Entwicklungszeit um einige Tage bei der Vakzination dann vorkommt, wenn man mit stark verdünnter Lymphe impft. Die verlängerte Inkubationszeit bei sehr verdünnter Lymphe ist wohl damit zu erklären, daß bei minimalen Bakterienmengen die Wirkung auf den Organismus und damit die Antikörperbildung langsamer vonstatten gehen.

Theodor Escherich erklärt, man möge nicht zu rasch mit der Diagnose einer zweiten oder mehrmaligen Masernerkrankung sein. Er habe niemals Gelegenheit gehabt, selbst bei einer und derselben Person eine zweite Masernerkrankung zu konstatieren. Jedoch will er das Vorkommen einer solchen nicht in Abrede stellen. Die Schwere der Masernerkrankung ist nicht abhängig von der Wirkung des Krankheitserregers, sondern von der Empfänglichkeit und Konstitution des Individuums und dem Milieu. Unter Inkubationszeit versteht Escherich die Zeit bis zum Ausbruch der Prodromi, die gelegentlich bis zu sechs Tagen andauern können. Die Länge dieser Periode ist genau bestimmt und unabhängig von der Menge des aufgenommenen Infektionsstoffes und der Disposition des Individuums.

Wilhelm Knoepfelmacher weist darauf hin, daß die Inkubationszeit von verschiedenen Umständen beeinflußt wird. Bei subkutanen Injektionen von stark verdünnter Vakzine kann man öfter beobachten, daß die sonst regelmäßige Inkubation von 10—12 Tagen auf 17, 19, sogar mehr Tage verlängert wird. Es wird also durch Verdünnung des Virus eine Verlängerung der Inkubationszeit erzielt.

Hans Abels bemerkt in seinem Schlußworte, daß er den Zeitraum von der Infektion bis zur Hauteruption deshalb herausgehoben habe, weil im Gegensatz zu dem höchst schwankenden Verhalten der Inkubations- und der Invasionszeit ihre Summe, die sogenannte Totalinkubation, als von sehr bedeutsamer Konstanz sich erwiesen hat und daher auch nur an ihr jene charakteristischen, ausnahmsweisen, von der individuellen Resistenz abhängigen Abweichungen festgestellt werden können. Als Beweis für das Bestehen einer familiären, erhöhten, resp. verringerten Disposition führt er einen Fall, den Günther beobachtete, an, der bei zwei Geschwistern vollständige Immunität während der Dauer einer Epidemie beobachtete. *i. m.*

V. Aus der Praxis.

Gegen Kahlköpfigkeit. Gegen Kahlköpfigkeit, die durch Seborrhöe hervorgerufen wurde, empfiehlt Sabouraud eine gesättigte Lösung von Schwefel in Schwefelkohlenstoff, die morgens und abends mittels eines Wattebausches auf die Kopfhaut aufgetragen werden soll. Dieselbe wird dann mit einer schwachen Schwefelschicht bedeckt. Auf die Feuergefährlichkeit des Mittels muß besonders aufmerksam gemacht werden.

Pillen gegen Lungentuberkulose.

Rp. Creosoti,
Jodoformii,
Terpini . . . . . . aa 5·0
Acid. benzoïc.,
Terebinthin. Laricis . . aa 2·0
Rad. Althaeae pulverat.,
Magnes. ustae . . . . aa 6·0
M. f. pilul. C. S. Vier bis zehn Stück täglich zu nehmen.

Ätherverätzung des Kehlkopfes in der Narkose.

In der Sitzung vom 7. November 1906 der Wiener laryngologischen Gesellschaft berichtet Menzel über einen von ihm einige Tage vorher beobachteten Fall von Ätherverätzung des Kehlkopfes in der Narkose. Es handelte sich um einen älteren Mann, welcher sich vorher einer schweren, $1^1/_2$stündigen Operation in Äthernarkose unterzogen hatte. Die Narkose war sehr schwer. Patient wurde wiederholt asphyk-





tisch, so daß künstliche Atmung gemacht werden mußte. Als Pat. aus der Narkose erwachte, war er vollkommen aphonisch und hatte Schluckschmerzen, was sich seither nicht geändert hatte. Die Untersuchung des Pharynx zeigte Rötung der Gaumenbögen und der Tonsillen, die des Larynx Schwellung und Rötung sämtlicher Kehlkopfpartien und namentlich eine totale Verschorfung beider Stimmbänder, welche mit einem dichten, weißen Belag bedeckt erschienen. Nachträglich erfuhr Vortr., daß Pat. auch im Pharynx weiße Beläge kurz nach der Operation bekam, welche den Verdacht auf Diphtherie erweckten, offenbar aber auch Produkte der Verätzung darstellten.

Aufhellung von Kornealnarben durch Dionin.

v. Arlt verfährt seit 6 Jahren bei allen Fällen von voraussichtlich langer Dauer folgendermaßen:

Er gibt vom Beginn der Kur an wöchentlich einmal Dionin (Merck) à 0·005 *g* in Substanz, massiert sanft, und erwartet das Maximum der Dioninphänomene. Erst nach mehreren Wochen kann sich der Kranke dieselbe Dosis in Lösung oder Salbenform selbst einlegen. Alle 8 bis 14 Tage wird S gemessen und von Zeit zu Zeit auch die äußere Wirkung kontrolliert. Anders bei Kindern, da sind kürzere Pausen meist zulässig. Bemerkt er ein Nachlassen der Phänomene, so läßt er 14 Tage pausieren.

Der Verlauf so behandelter Fälle gestattet folgende Schlüsse:

1. Bei Einhaltung einwöchentlicher Pausen kann Dionin viele Monate hindurch in einer Dosis, die einem Tropfen einer 10%igen Lösung entspricht, gegeben werden, ohne daß die Wirkung merklich abnimmt.

2. Oberflächliche Kornealnarben (Maculae corneae) besonders jene ex Conj. lymph., sind, wenn auch seit Jahrzehnten bestehend, aufhellbar.

3. Daß Dionin in den beiden Fällen frischer Netzhautblutung den Heilungsprozeß günstig beeinflußte, kann zwar nicht bewiesen werden, ist jedoch höchstwahrscheinlich und ermutigt zu weiteren Versuchen in dieser Richtung.

4. Auf alte, durch Blutung in der Mac. lutea bedingte Veränderungen hat Dionin keinen Einfluß. (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, Nr. 11, 1906.)

VI. Notizen.

Verhandlungen des k. k. obersten Sanitätsrates. In der am 1. Dezember 1906 abgehaltenen Sitzung des Obersten Sanitätsrates wurden nachstehende Referate in Beratung gezogen und der Erledigung zugeführt. 1. Festsetzung der Arzneitaxe zur österreichischen Pharmakopoe Ed. VIII und Begutachtung des Entwurfes einer Verordnung betreffend die Verschreibung und Verabfolgung von Arzneien auf Rechnung öffentlicher Fonds (Ordinations- und Dispensationsnorm). 2. Gutächtliche Äußerung über die Spitalsbehandlung von syphilitischen Prostituierten in einem öffentlichen Krankenhause. Für das Studium der sanitären Frage der Regelung der Prostitution wurde ein Spezialkomitee eingesetzt. 3. Anträge betreffend die Errichtung, Ausgestaltung und Organisation eines Untersuchungsinstitutes für pharmazeutisch administrative Zwecke. 4. Gutachten über die Einführung von Operationsreversen in den Wiener k. k. Krankenanstalten. 6. Gutachten über die Bezeichnung einer Mineralquelle. 7. Gutachten über die Maßnahmen zur Bekämpfung der Pellagra. 8. Gutächtliche Äußerung über die Qualifikation der Bewerber um die erledigte Landessanitätsreferentenstelle in Oberösterreich. Schließlich wurde ein Initiativantrag des O. S. R. Hofrates Prof. Dr. Wagner v. Jauregg, betreffend den Verkehr mit organotherapeutischen Präparaten dem pharmazeutischen Komitee zur Beratung und Berichterstattung zugewiesen.

München. In München steht ein Ärztestreit in Aussicht. Der Leipziger Verband der deutschen Ärzte hat auf Ansuchen der Abteilung für freie Arztwahl in München die Sperre über die Post- und Eisenbahnbetriebskrankenkassen in München und den in Betracht kommenden Vororten verhängt. Die Ärzte verlangen nicht die Beseitigung der Post- und Bahn-Vertrauensarztstellen, sondern nur, daß jedem Arzt, der sich auf die zwischen den Krankenkassen und der ärztlichen Organisation vereinbarten Bedingungen verpflichtet, das Recht zugebilligt werden soll, die Bediensteten und ihre Familienangehörigen in Krankheitsfällen zu behandeln. Die Ärzteschaft hofft,

daß das Verkehrsministerium den Wünschen der Ärzte und Versicherten baldigst in einer befriedigenden Weise näher tritt. Das Ministerium könne um so eher auf diese Wünsche eingehen, als nun neben Württemberg auch Baden (Mannheim), Preußen (Frankfurt) und die Pfalz ab 1. Jänner 1907 die freie Arztwahl bei den Eisenbahnkrankenkassen einführen.

Der Kampf um die Zahnbürste. In einem englischen Genesungsheim ist zwischen einem der Mitglieder des Verwaltungsrates und den anderen Mitgliedern ein seltsamer Streit um Zahnbürsten entbrannt. Das dissidierende Mitglied hatte nämlich aus Sparsamkeitsgründen beantragt, daß in dem Kapitel „Ausgaben" die für die Erneuerung der Zahnbürsten ausgesetzte Summe gestrichen werde; die anderen Herren waren aber nicht für den Antrag zu haben und die Summe wurde bewilligt. Nun wendete sich aber der Feind der Zahnbürsten, der ein sehr bekannter Arzt ist, an die Öffentlichkeit, indem er im British Medical Journal erklärte, daß seine Kollegen im Verwaltungsrat, die durch ihre Opposition den Interessen der Hygiene zu dienen glaubten, gerade das entgegengesetzte Resultat erzielen dürften. Es sei keine Zahnbürste so hygienisch wie der Finger, der außerdem weniger koste und nicht leicht verloren oder verletzt werden könne. Eine Zahnbürste lasse sich, obwohl sie fortwährend mit dem Wasser in Berührung sei, niemals vollständig desinfizieren; außerdem können die kleinen Borsten, die sich von der Bürste loslösen, in den Kehlkopf dringen und die Gefahr der Erstickung herbeiführen. Der hygienische und sparsame Doktor weist bei dieser Gelegenheit auch darauf hin, daß die modernen Zahnputzmittel immer komplizierter und teurer werden, ohne darum besser zu sein als die früher gebrauchten. H. H.

Holger Drachmann, Kirche und Orgel. Erzählung. Preis flexibel gebunden mit Öffner 3 Mark, steif gebunden 4 Mark. Verlag von Albert Langen in München. Jung und frisch wie nur ein Jungling, bleibt Holger Drachmann als Mensch und als Schriftsteller auch im weißen Haar. Dafür ist seine letzte Erzählung „Kirche und Orgel" wieder ein glänzender Beweis. Es ist eine ganze entzückende Idylle, trotz des tragischen, aber dennoch befreienden Ausganges. Ein tapferes und treues Romantikerherz klopft zwischen den Zeilen dieses Buches. Eine ergreifende Gestalt ist der arme alte Organist, der einst daheim in Frankreich ein großer Herr war, und der sich am Ende seines Lebens mit aller Glut der Jugend in das junge Mädchen verliebt und von ihr ebenso heiß wieder geliebt wird, um seiner Feinheit, Güte und Genialität willen. — Sie konnten zusammen nicht kommen.

VII. Eingesendet.

Programm der Fortbildungskurse. II. Zyklus vom 14. Jänner bis 23. Februar 1907.

Doz. Dr. Alfred Fröhlich: Experimentelle Demonstrationen zur Therapie der Vergiftungen. Zeit: Jeden Samstag, ½5—½6 Uhr nachmittags. Ort: Pharmakologisches Institut, IX., Währingerstraße 13 a. Einschreibegebühr: 3 K. Min.: 10.

Prof. Dr. Rudolf Kraus: Ätiologie, Pathogenese und Immunitätslehre der Infektionskrankheiten; I. Ätiologischer Teil. Zeit: Jeden Dienstag und Donnerstag, 5—6 Uhr nachmittags. Ort: Institut für experimentelle Pathologie, Allgemeines Krankenkaus. Einschreibegebühr: 6 K. Min.: 10.

Prof. Dr. Otto Löwi: Über Arzneibehandlung der Kreislaufstörungen und ihre rationelle Begründung. Zeit: Jeden Mittwoch, 5—6 Uhr nachmittags. Ort: Pharmakologisches Institut, IX., Währingerstraße 13 a. Einschreibegebühr: 3 K. Min.: 10.

Doz. Dr. Otto Marburg und Hofrat Prof. Dr. Heinrich Obersteiner: Bau und Leistungen des menschlichen Nervensystems mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Diagnose. Zeit: Jeden Mittwoch und Samstag, 6—7 Uhr abends. Ort: Neurologisches Institut Währingerstraße 13 a. Einschreibegebühr: 6 K. Min.: 10.

Prof. Dr. Richard Paltauf: Ätiologie, Pathogenese und Immunitätslehre der Infektionskrankheiten; II. Serologischer Teil. Zeit: Jeden Dienstag und Donnerstag, 6—7 Uhr abends. Ort: Institut für experimentelle Pathologie, Allgemeines Krankenhaus. Einschreibegebühr: 6 K. Min.: 10.

Hofrat Prof. Dr. Anton Weichselbaum: Diagnostik der Geschwülste. Zeit: Jeden Montag, 5—7 Uhr abends. Ort: Patholog. Institut, Allgemeines Krankenhaus. Einschreibegebühr: 6 K. Min.: 10.

Prof. Dr. Julius Tandler: Anatomie dringlicher Operationen. Zeit: Jeden Mittwoch, 7—½ 9 Uhr abends. Ort: Hörsaal Zuckerkandl, IX., Währingerstraße 13. Einschreibegebühr: 3 K. Min.: 10.

Der II. Zyklus der ärztlichen Fortbildungskurse wird in der Zeit von 14. Jänner bis 23. Februar 1907 abgehalten. Ärzte, welche an diesen Kursen teilzunehmen wünschen, haben ihre Anmeldung bis längstens 10. Jänner 1907 an die Wiener Ärztekammer zu richten. Als Honorar ist für jeden einzelnen Kurs der Betrag von 6, respektive 3 K festgesetzt. Das Honorar ist im vorhinein bei der Wiener Ärztekammer zu erlegen.

Ausländ. Ärzte können an den Kursen teilnehmen; dieselben haben für den zwölfstündigen Kurs 20 K, für den sechsstündigen Kurs 10 K zu entrichten, und zwar direkt an den Dozierenden.



Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor
Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
o. ö. Universitätsprofessor **Dr. J. Nevinny** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt
für Oesterreich-Ungarn
im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/₁, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 3. Wien, 19. Jänner 1907. **Nr. 3.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Tuberkulose in Stuttgart 1873—1902.

Ergebnisse der Untersuchungen einer vom Stuttgarter ärztlichen Vereine eingesetzten Kommission.

Bearbeitet von Dr. **Wilhelm Weinberg** in Stuttgart.

Gleichzeitig mit den Todesfällen an bösartigen Neubildungen[1]) haben die Herren Bauer, Brommer, Denison, Dennig, Fischer, Gastpar, Gutmann, Kiefe, Oppel, Rosenstein, Schickler, Stein, Weik, L. Weil, Weinberg die Todesfälle an Tuberkulose einschließlich unsicherer Fälle aus den Totenscheinen ausgesucht[2]), soweit sie über ein Jahr alte Personen betrafen. Es wurden sämtliche Totenscheine durch Hilfsarbeiter abgeschrieben und in die neuen Zählkarten Einträge aus den Stuttgarter Familienregistern gemacht. Diese Einträge geben Aufschluß über Verheiratung und Gebürtigkeit der an Tuberkulose Verstorbenen, über das Schicksal ihrer letzten Ehegatten, deren etwaigen Tod an Tuberkulose, Kinderzahl, Datum der Geburt des letzten Kindes, Namen der Eltern und Schwiegereltern. Auf Grund dieser Aufzeichnungen war es möglich, die zeitlichen Veränderungen der Sterblichkeit an Tuberkulose, die verschiedenen Lokalisationen der Tuberkulose, den Einfluß des Familienstandes, der Geburten, des Zusammenlebens mit einem tuberkulösen Ehegatten, des Berufes und der sozialen Stellung, sowie die Frage der Heredität zu untersuchen. Leider konnte die Untersuchung wegen mangelnder Mittel nicht nach allen Richtungen hin in dem gewünschten Umfange ausgeführt werden.

Über die Ergebnisse, die teilweise anderweit ausführlich veröffentlicht werden, soll hier berichtet werden. Die Ergebnisse einzelner Kapitel sind hier vollständig wiedergegeben.

I.

Die Zuverlässigkeit der Stuttgarter Statistik, die Grundsätze der Abgrenzung der sicheren und unsicheren Fälle der Tuberkulose anderer Organe und der Ortsfremden.

In Stuttgart existieren ärztliche Angaben über die Todesursache seit 1850. Sie wurden jedoch bis 1872 von den einzelnen Kirchengemeinden gesammelt und in die Kirchenregister eingetragen. Diese Totenscheine haben seinerzeit dem verstorbenen Obermedizinalrat Dr. Cless für seine noch heute wertvollen statistischen Untersuchungen als Unterlage gedient.

Erst im Jahre 1873 erfuhren die Totenscheine eine Änderung; ihre zuerst durch den Stadtdirektionsarzt, später durch die Stadtärzte und einige andere Kollegen bearbeiteten Ergebnisse sind bekanntlich in den Medizinisch-statistischen Jahresberichten über die Stadt Stuttgart und in Veröffentlichungen im Med. Corr.-Blatt des Württ. ärztlichen Landesvereines niedergelegt.

Die ärztlichen Leichendiagnosen können ihrer relativen Zahl und dem Inhalt nach als für statistische Zwecke genügend bezeichnet werden. Speziell die Lungentuberkulose war sehr häufig ärztlich bescheinigt.

Von 1889—1894 waren nach der Statistik von Fauser unter 1810 Fällen von Lungenschwindsucht in der eigentlichen Stadt nur 75 = 4·1% ohne ärztliche oder wundärztliche und nur 101 = 5·3% ohne eigentliche ärztliche Behandlung geblieben, 1895—1896 betrugen die entsprechenden Prozentsätze für den ganzen Stadtdirektionsbezirk 6·1% bezw. 6·7%.

Unter den nicht ärztlich bescheinigten Fällen wiegen die mit Lungenleiden bezeichneten Fälle stärker vor, als unter den ärztlich bescheinigten.

Von sämtlichen Todesfällen waren nicht ärztlich bescheinigt nach Abzug der Fälle von gewaltsamem und plötzlichem Tod:

Alter in vollendeten Jahren	1879	1901
0	46%	36%
1—14	22 „	5 „
15—59	5 „	4 „
60—99	10 „	6 „
Insgesamt	22 „	16 „

Diese Genauigkeit muß als durchaus genügend bezeichnet werden. Sie hat besonders im jugendlichen Alter im Zu-

[1]) Weinberg und Gastpar, Die bösartigen Neubildungen in Stuttgart 1873—1902. Zeitschrift für Krebsforschung. Band II. S. 197—260.

[2]) Für den Oktober 1877 fehlten die Totenscheine; für diese Zeit mußten sie daher nach den Angaben der Angehörigen beim Standesamt ergänzt werden. Ebenso wurden die Todesursachen für die Vororte aus den Kirchenregistern von 1873—1874 ergänzt.

sammenhang mit der Ausdehnung der Fürsorge der Krankenkassen auf die Familien wesentlich zugenommen.

Nur für das erste Jahr ist die Genauigkeit im Durchschnitt der untersuchten Zeit nicht genügend gewesen, besonders wenn man bedenkt, daß in der Schweiz von 1881 bis 1890 nur 15% aller Todesfälle unter einem Jahre nicht ärztlich bescheinigt waren.

Diese Minderwertigkeit des statistischen Materials der Todesfälle unterjähriger Kinder war der Grund, weshalb auf ein Aussuchen der Todesfälle an Tuberkulose unter einem Jahr durch Kommissionsbeschluß verzichtet wurde. Nachträglich ergab sich dieser Beschluß im Interesse der Vollständigkeit der Untersuchung des Einflusses des Alters als sehr bedauerlich; indessen läßt sich für 1893—1902 ein Ersatz aus den Statistiken der Stadtärzte und des K. Statistischen Landesamtes gewinnen.

Die von den Kollegen ausgesuchten Totenscheine für Kinder stimmten ihrer Zahl nach völlig mit den Zahlen des Medizinisch-statistischen Jahresberichtes überein. Es ist daher anzunehmen, daß auch die Todesfälle an Tuberkulose mit größter Gewissenhaftigkeit ausgesucht wurden. Eine Übereinstimmung mit den Zahlen des Medizinisch-statistischen Jahresberichtes durfte von vornherein nicht erwartet werden.

Es sind in letzterer Statistik teilweise Fälle, in denen nur Lungenleiden, Brustleiden und Auszehrung angegeben war, mitgezählt worden[3]). Daß ältere Personen mit Lungenleiden teilweise als Emphysematiker aufzufassen sind, ist wahrscheinlich, aber die Altersgrenze, bei welcher er die Todesfälle an Lungenleiden nicht mehr mitzählte, hat Fauser leider nicht angegeben.

In neuester Zeit werden bei ungenügender Ausfüllung der Totenscheine nachträglich vom Stadtarzt Ergänzungen bei den Ärzten eingeholt und die betreffende Bertillonnummer auf den Totenschein geschrieben. Dadurch wird, namentlich für das erste Jahr, eine größere Vollständigkeit der Statistik erreicht; namentlich dürften die Fälle von Meningitis ohne nähere Bezeichnung der Ursache sich großenteils als Meningitis tuberculosa erwiesen haben. Dadurch werden aber die Zahlen der letzten Jahre sowohl mit denen früherer Jahre unvergleichbar als auch mit denen des Statistischen Landesamtes und der Todesursachenstatistik des K. Reichsgesundheitsamtes. In der vorliegenden Arbeit sind diese nachträglichen Berichtigungen der Totenscheine deshalb nicht berücksichtigt.

Es darf bei dieser Gelegenheit darauf hingewiesen werden, daß die Instruktion der Oberamtsärzte unvollständig ist[4]). Sie gibt z. B. keine Anweisung darüber, wo Lungenleiden und Auszehrung unterzubringen sind. Daß hieraus eine Quelle der Willkür entsteht, ist sicher, und das muß als ein ganz unhaltbarer Zustand bezeichnet werden. Jedenfalls ist die Handhabung der Rubrizierung an verschiedenen Stellen sehr verschieden. Der Stuttgarter Stadtarzt zählt Lungenleiden nur dann zur Tuberkulose, wenn seine Anfragen ein positives Ergebnis haben. Das Württembergische Statistische Landesamt, wenigstens bezüglich der Stuttgarter Statistik, zählt seit 1899 die Fälle von Lungenleiden als Tuberkulose. Die Revisionen der Todesursachenstatistik durch die Oberamtsärzte seit 1892 dürften ebenfalls nicht nach gleichmäßigen Gesichtspunkten stattfinden und könnten ruhig wegfallen. Zu welchen Verschiedenheiten die mangelnde Einigung über die zu befolgenden Gesichtspunkte führt, geht aus dem folgenden Vergleich hervor (siehe nebenstehende Tabelle A).

Hieraus ergibt sich eine große Differenz der Behandlung desselben Materiales, wobei scheinbar an derselben Stelle die Grundsätze der Bearbeitung gewechselt haben. Das einemal zählt der Stadtarzt, das anderemal das Reichsgesundheitsamt bezw. das Statistische Landesamt weniger Fälle. Daß man Auszehrung, Zehrfieber und andere ungenaue Angaben nicht als Tuberkulose zählen darf, geht schon daraus hervor, daß ich bei weiteren Anfragen eine Anzahl solcher Fälle als Krebs entlarven konnte.

Todesfälle in Stuttgart: a) nach der Statistik des K. Statistischen Landesamtes; b) nach der Statistik der Stadtärzte[5]).

Tabelle A.

	An Lungentuberkulose		An sonstiger Tuberkulose		An Tuberkulose überhaupt	
	a	b	a	b	a	b
1893	313	340	82	?	395	?
1894	349	331	123	65	472	396
1895	334	307	131	100	465	407
1896	333	338	101	61	434	399
1897	365	356	115	68	480	424
1898	326	333	118	75	444	402
1899	310	297	73	78	383	375
1900	411	356	60	137	471	493
1901	349	300	79	151	428	451
1902	377	335	102	175	479	510
Speziell bei den unterjährigen Kindern:						
1893	9	6	18	?	27	?
1894	7	6	39	?	46	?
1895	7	2	30	13	37	15
1896	8	10	26	7	15	17
1897	2	3	32	4	34	7
1898	5	5	34	12	39	15
1899	5	5	15	17	20	20
1900	14	8	15	23	37	31
1901	5	5	10	17	22	22
1902	10	12	21	36	33	48

Auch über die Einteilung der verschiedenen Fälle herrscht keine genügende Übereinstimmung. So rechnet z. B. das Statistische Landesamt allgemeine Tuberkulose stets als Lungentuberkulose, während der Stadtarzt dies nur dann tut, wenn unter den verschiedenen Organen die Lunge angeführt ist. Kehlkopftuberkulose zählt der Stadtarzt als Lungentuberkulose, das Statistische Amt als Tuberkulose anderer Organe. Die Miliartuberkulose wird meist zur Lungentuberkulose gezählt. Ob dies berechtigt ist, steht dahin. Sie kann von allen möglichen Organen ausgegangen sein. Mit demselben Recht könnte man tuberkulöse Meningitis, wenigstens bei Erwachsenen, als Lungentuberkulose verrechnen, da auch sie in der Mehrzahl der Fälle mit Lungentuberkulose zusammenhängt. Endlich ist darauf hinzuweisen, daß die nicht seltene Bezeichnung Tuberkulose nicht notwendig einer Lungentuberkulose entspricht, sondern ebensogut eine anderweitige Tuberkulose bedeuten kann.

Solange der erste Krankheitsherd in der Statistik nicht überall angegeben ist, wäre es daher zweifellos besser, sämtliche Fälle von Tuberkulose zusammenzurechnen. Lediglich für die ersten Lebensjahre würde daraus ein Nachteil entstehen. Die unsicheren Fälle sollten besonders nachgewiesen werden.

Um jedoch der gebräuchlichen Einteilung Rechnung zu tragen, ist auch im folgenden zwischen Lungentuberkulose und sonstiger Tuberkulose unterschieden worden.

Zur Lungentuberkulose zähle ich noch: Tuberkulose und Kehlkopftuberkulose (dies sind nur wenige Fälle), auch Lungenblutungen, chronische Pneumonie, Fälle von gleichzeitigem Lungen- und Kehlkopfleiden, Lungenleiden mit Blutsturz; Miliartuberkulose, Hirnhautentzündung und allgemeine Tuberkulose nur dann, wenn ein nicht miliarer Herd in der Lunge angegeben war. Zu sonstiger Tuberkulose alle übrigen Fälle, darunter Miliartuberkulose 406 Fälle, Meningitis tuberkulosa 977 Fälle. Unter den unsicheren Diagnosen sind Lungenleiden, Brustleiden, Auszehrung, einmal auch Pneumothorax (Pneumothorax kann auch traumatischen Ursprung haben) zusammengefaßt.

[3]) Medizinisch-statist. Jahresbericht über die Stadt Stuttgart. Jahrg. III, S. 19, und Jahrg. XVII, S. 33, Anmerkung.

[4]) Siehe Grundsätze für die Erhebung einer Statistik der Todesursachen. Veröffentlichungen des K. Gesundheitsamtes 1892, S. 244 bis 246.

[5]) Siehe die entsprechenden Jahrgänge der Medizinisch-statist. Jahresberichte und der Medizinal-statistischen Mitteilungen des K. Gesundheitsamtes.

Die Fälle von Meningitis ohne nähere Bezeichnung sind im folgenden nicht berücksichtigt. Ihre Gesamtzahl beträgt für 1873—1902: 629.

Die Ortsfremden waren nach folgenden Gesichtspunkten auszuscheiden: Eine Anzahl Ortsfremder stirbt bei zufälligem Aufenthalt in der Stadt nach plötzlicher Erkrankung, das gilt auch für die reisenden Handwerksburschen. In diesem Falle ist auf dem Totenschein „auf der Durchreise“ angegeben. Diese Fälle sind nicht ausgeschieden worden. Denn ihnen dürfte eine gleiche Anzahl von Einwohnern Stuttgarts entsprechen, die auf der Reise auswärts sterben. Auszuscheiden waren lediglich diejenigen Ortsfremden, welche zum Zweck der Behandlung nach Stuttgart gegangen waren. Ihre Zahl beträgt im ganzen 424, darunter wiegen die Ledigen beträchtlich vor. Auch die sonstige Tuberkulose ist unter ihnen naturgemäß stärker vertreten als bei den Todesfällen Einheimischer.

Bedauerlich ist es, daß man die Todesfälle Einheimischer in Lungenkurorten nur schwer ermitteln kann. Indes darf ihre Zahl nicht zu hoch geschätzt werden. Die Mehrzahl der Tuberkulösen wird ja schon im Interesse der Kurorte und Anstalten zeitig nach Hause geschickt. Dementsprechend habe ich bei den Ehegatten, Geschwistern und Eltern der Tuberkulösen nur eine in Davos und zwei in Schömberg gestorbene Personen entdeckt.

Die Fälle von Tuberkulose bei Diabetikern und Krebskranken sind nicht berücksichtigt.

(Fortsetzung folgt.)

Die Säuglingsernährung.

Von **Dr. J. Rudnik.**

Die natürliche Ernährung des Säuglings ist die Mutterbrust, oder wo aus Gesundheitsrücksichten der Mutter dies nicht gestattet werden kann, die Ammenbrust. Gewisse Eigenschaften geben der Frauenmilch als Nahrung des menschlichen Säuglings den Vorzug vor der fremden Tiermilch.

Die Menschenmilch wird roh genossen und in diesem Zustande übergehen Alexine, Antitoxine und zahlreiche Fermente auf das Kind, welche demselben für die Verdauungsarbeit große Vorteile bringen und ihm eine gewisse Immunität gegen Infektionskrankheiten verleihen. Mit Frauenmilch ernährte Kinder gedeihen viel besser und leichter als künstlich ernährte. Ernährungsstörungen und Verdauungskrankheiten sind bei weitem seltener, die Sterblichkeit bei ersteren verschwindend klein gegenüber der hohen bei der Tiermilchernährung.

Wenn aber die sozialen Verhältnisse oder die äußeren Umstände weder Mutter- noch Ammenbrust beschaffen lassen, so tritt die künstliche Ernährung in ihr Recht und ist die Tatsache nicht zu verläugnen, daß manches Kind, das trotz Muttermilch oder wiederholt gewechselter Ammenmilch nicht gedeihen will, bei einer rationell geleiteten künstlichen Ernährung, zusehends gedeiht. Dies hat wohl jeder halbwegs beschäftigte Arzt in seiner Praxis beobachtet. Grundbedingung ist, den Säugling nicht zu viel und nicht zu oft trinken zu lassen und daß die Milch möglichst bakterienfrei sei. Heubner hat beifolgendes Schema aufgestellt.

Lebenswoche	Brustkind Muttermilch cm^3	Flaschenkind Kuhmilch cm^3	Flaschenkind Wasser cm^3	Milchzucker g
1.	300	50—200	100	12
2.	550	350	200	24
3.	600	400	200	24
4.	650	400	250	30
5.	700	450	250	30
6.	750	500	250	30
7.—8.	800	500	300	37
9.—12.	825	550	300	37
13.—16.	875	600	300	37
17.—20.	925	650	350	43
21.—24.	1000	650	350	43

Es muß ausdrücklich hervorgehoben werden, daß diese Zahlen nur Mittelzahlen sind, haben jedoch als Normalwerte eine besondere Bedeutung, weil diese Zahlen maximale Mengen bezeichnen, über die man nicht hinausgehen sollte. Unter diese Mengen herunterzugehen ist schon eher erlaubt. Auch hier heißt es nicht schematisieren, sondern vielmehr individualisieren. So gut wie es kräftige Kinder gibt, die schon im zweiten und dritten Monat mit reiner Kuhmilch fertig werden, ebensogut kommen schwächliche Kinder vor, denen die ²/₃ Milchmischung zuviel sind und man ¹/₃ Milch, ²/₃ Haferschleim verabfolgen muß. Die Temperatur der Kuhmilchnahrung betrage 38° C und darf vor 3 Stunden nicht wiederholt werden, da die Kuhmilch langsamer den Magen verläßt als Frauenmilch. Bei Verabreichung von zuviel Flüssigkeit oder zuviel Milch kommt es sehr bald zu schweren Schädigungen des Magens und zu Stoffwechselerkrankungen.

Ein Vergleich der Zusammensetzung der Menschenmilch und der Kuhmilch (nach Biedert) ergibt

	Kuhmilch	Menschenmilch
Eiweiß (Kasein)	(3—5%)	1·9 (1·1—2%)
Fett	3·5—4%	3·1 (2—7%)
Milchzucker	5%	5·0 (3·2—6·2%)
Salze	0·71%	0·170%

Um die Kuhmilch für die Ernährung der Neugeborenen brauchbar zu machen, muß sie verdünnt werden (siehe obiges Schema Heubner) und zwar mit gekochtem Wasser oder, besonders bei Neigung zu Diarrhöen, mit Hafer oder Gerstenschleim. Da durch die Verdünnung der Kuhmilch der Fettgehalt herabgesetzt wird, was für die Ernährung des Kindes nicht gleichgültig ist, so war man bemüht den Mangel auszugleichen.

Biedert konstruiert sein Rahmgemenge. Der fettreiche und kaseinarme Rahm der Kuhmilch wird mit Wasser und Zucker und später auch mit Milch in bestimmten Mengen versetzt. Einfacher ist die Anwendung des „künstlichen Rahmgemenges“ von Biedert. Besonders geeignet ist es aber, wenn bei Verdauungsstörungen des Kindes die Kuhmilch zeitweise ausgesetzt werden muß. Auf dem obgenannten Prinzip sind sehr viele künstliche Nährmittelsprößlinge aus der modernen Höhe zwischen Wissenschaft und Geschäft entstanden, die aber die Kuhmilchernährung nicht ersetzen können und nur Surrogate sind und es bleiben werden. Die beste Nahrung für den Säugling bleibt die Muttermilch. Steht Frauenmilch nicht zur Verfügung, so ist die Darreichung der im Sochletschen Milchkochapparat sterilisierten Milch noch die beste und bequemste aller künstlichen Ernährungsmethoden in der Praxis.

Kaum 25% der Mütter können ihre Kinder vollständig stillen, d. h. bis zu der Zeit, von wo ab sie ohne Schaden andere Nahrung als Muttermilch zu sich nehmen können (6—9 Monat). Knapp 50% können ihre Kinder nur bis zum dritten oder vierten Monat stillen und etwa 25% stillen überhaupt nicht, sei es, daß sie unfähig dazu sind, sei es, daß sie aus irgend einem Grunde es nicht wollen.

Wenn nun die äußeren Umstände eine Amme nicht gestatten, sind wir auf künstliche Ernährung angewiesen.

Prof. Meinhard Pfaundler tritt dagegen auf (Münch. med. Woch.), als ob der Säugling die Kuhmilch nicht vertrüge. Die Anhänger dieser Lehre gehen von der Annahme aus, „daß irgend welche Bestandteile der körperfremden Nahrung: das Kuhmilchkasein, das Kuhmilchfett, das Kuhmilcheiweiß direkt oder indirekt dem Organismus positiven Schaden zufügen„. Es frägt sich aber, ob die gemachte Voraussetzung zutrifft, ob wir überhaupt gezwungen sind, einen solchen Schaden durch Bestandteile der künstlichen Nahrung anzunehmen, ob die Mißernährung nicht andere Ursachen hat. Manche Beobachtungen sprechen direkt dagegen, daß die genannten, sowie andere Bestandteile der künstlichen Nahrung schädlich sind. (Versuche von L. F. Meyer) Kuhmilchfett und Kuhmilchkasein wurden nicht



allein schadlos vertragen, sondern der ganze Ernährungserfolg unterschied sich bei der Verfütterung eines solchen Gemenges in nichts von jenem bei natürlicher Ernährung.

Von ähnlichen Erzeugungen seinerzeit ausgehend, habe ich in allen Fällen, in denen die Mutter nicht stillen konnte, sollte oder wollte, Kuhmilch, und zwar auf die Angaben der Kollegen Quastler und Hecht, die Guntramsdorfer Kindermilch verordnet. Meine Versuche datieren von dem Sommer 1906 her und haben daher die Feuerprobe bestanden, da der vergangene Sommer sehr heiß war. Ich habe Kinder in verschiedenem Alter (Säuglinge im ersten Monate bis zum sechsten Monate) zu beobachten Gelegenheit gehabt; einige darunter kamen in sehr herabgekommenen Zustande zu mir, so daß ich der Mutter nicht viel Hoffnung machen konnte. Trotzdem hatte ich die Freude, daß ich kein einziges Kind verlor, ja bei solchen, bei denen vorher mit anderen Mitteln und Mittelchen experimentiert wurde, erzielte ich überraschende Erfolge. Darmkatarrh oder Rhachitis kam nicht vor.

Ich hatte auch Gelegenheit, mich von der peinlich sauberen Milchwirtschaft in Guntramsdorf zu überzeugen, auf diesen Umstand, der konstanten Zusammensetzung und der entsprechenden Alkaleszenz, führe ich meine guten Resultate zurück.

Das Rettungswesen in Wien.

Von Dr. L. Sofer.

(Schluß.)

Überdies ist im Jahre 1903 die Sicherheitswache helfend eingeschritten oder hat Anzeigen erstattet: Bei 117 Geburtsüberraschungen, bei 60 Irrsinnsfällen, bei 419 Verletzungen anläßlich von Trunkenheitsfällen, bei 263 Selbstmordversuchen und 554 verschiedenen Todesfällen; 1820 erkrankte, gebrechliche oder betrunkene Personen wurden in ihre Wohnungen geleitet, 2019 volltrunkene Personen bis zur Ausnüchterung in Verwahrung genommen.

Jene Mitglieder der Polizei, die sich beim Rettungsdienste besonders hervortun, erhalten jährlich Remunerationen im Gesamtbetrage von 4000 K, die laufenden Ausgaben für die Rettungsanstalten betrugen im Jahre 1902 14.835 K.

Betreffs der ersten Hilfe bei Überschwemmungen wird folgender Vorgang eingehalten. Alljährlich wird im Oktober bei der Statthalterei eine Kommission einberufen, die jene Vorkehrungen berät, die für den Fall einer Überschwemmung der tiefgelegenen Stadtteile Wiens infolge Donauhochwassers oder Eisganges getroffen werden sollen; sie berät über die Anzahl und Gattung von Rettungsschiffen und die Verteilung und Unterbringung von Rettungshäusern. Das Stadtgebiet wurde in zehn Überschwemmungsbezirke eingeteilt und zwar zwei in der Brigittenau, vier in der Leopoldstadt, einer Landstraße, zwei Simmerung, einer Döbling. In jedem Überschwemmungsbezirk ist ein Rettungshaus zu bestimmen, in dem eine Abteilung des Zentralkomitees ihren Sitz hat und woselbst auch die erforderliche Anzahl von als Schiffahrer verwendeten Sicherheitswachleuten untergebracht wird. Das Rettungshaus ist mit den für „Erste Hilfeleistungen“ erforderlichen Requisiten auszurüsten. Bei jedem Rettungshaus wird ein mit der Aufschrift „Rettungsschiff“ bezeichnetes Schiff aufgestellt sein.

Die Wiener freiwillige Rettungsgesellschaft wurde am Tage nach dem Brande des Ringtheaters, also am 9. Dezember 1881 gegründet. Ihre Dienstleistungen sind freiwillig und unentgeltlich. Für Feuersgefahren haben sich ihr zehn freiwillige Feuerwehren angesclossen, die Ende 1903 403 Mann zählten; für Massengefahr hat die Gesellschaft zunächst den Brücken entlang des Donaukanales und der großen Donau Rettungsgeräte (je 1 Rettungsring und Leine, 1 Korkwurfbügel und Leine und 1 Korkjake) untergebracht. Auch wurden Blechtafeln mit Belehrungen zur Wiederbelebung Ertrunkener an den den Brücken zunächst gelegenen Häusern angebracht; außerdem stehen zur Zeit von Überschwemmungen 170 geübte Ruderer mit ihr in Verbindung. 1906 standen in Dienste der Gesellschaft 21 Ärzte, 6 Beamten, 18 Sanitätsdiener, 9 Kutscher und 1 Chauffeur. Für Katastrophen auf Eisenbahnnen besitzt die Gesellschaft einen mit Transport- und Sanitätsmaterial komplett ausgestatteten Sanitäts-Ambulanzwagen in der Station Hauptzollamt der Stadtbahn, ferner sind 100 Tragbetten, 100 Matratzen und 52 Gestelle auf den verschiedenen Bahnhöfen von Wien aufgestellt. Sie unterhält eine Filiale in Mariahilf. Für plötzliche Unglücksfälle auf der Straße sind 22 Tragbahren in verschiedenen Teilen der Stadt zum Gebrauche für Jedermann aufgestellt. Der Fahrpark besteht aus 30 eigens konstruierten Rettungswagen und einem Rettungsautomobil. Seit November 1897 besteht auch eine Samariterschule, die bis Ende 1903 in 99 Kursen 11.308 Personen zu Samaritern herangebildet hat.

Ein Bild der Tätigkeit der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft bietet folgende Tabelle:

Arten der plötzlichen Erkrankungen und Verletzungen, bei denen die Freiwillige Rettungsgesellschaft in den Jahren 1899—1903 Hilfe leistete.

Art der plötzlichen Erkrankung oder des Unfalles	Zahl der Fälle				
	1899	1900	1901	1902	1903
Allgemeines Unwohlsein	899	872	104	1018	1197
Epileptische Krämpfe	300	329	331	297	315
Ohnmachten	121	134	134	87	120
Schlaganfälle	142	140	151	149	160
Hitzschlag	6	12	8	7	4
Blutung aus Körperhöhlen	199	183	201	166	210
Alkoholismus	128	127	176	166	208
Einatmung von Stickgasen	30	50	31	31	33
Vergiftungen	168	164	163	153	125
Gefahr des Erfrierens	6	3	5	8	1
Gefahr des Erstickens	27	24	23	34	24
Gefahr des Ertrinkens	103	128	87	67	82
Gebnrtswehen	268	307	296	282	317
Genuß schädlicher Nahrungsmitteln	13	15	19	29	30
Gehirnerschütterung	62	59	80	62	54
Shok	69	108	91	76	58
	2541	2605	2840	2632	2938

Art der plötlichen Erkrankung oder des Unfalles	Zahl der Fälle				
	1899	1900	1901	1902	1903
Knochenbrüche	626	554	551	505	516
Verrenkungen					103
Verstauchungen	208	278	271	282	99
Zerrungen					123
Blutungen aus Wunden	60	98	87	80	110
Eindringen von Fremdkörpern	440	524	780	794	890
Hautabschürfungen	174	178	167	214	164
Quetsch- und Rißwunden	1714	1713	1834	1957	1765
Schnittwunden	602	603	751	753	676
Hiebwunden					44
Stichwunden	178	194	223	222	271
Bißwunden	39	27	26	34	43
Verbrennungen	213	214	236	206	223
Schußwunden	89	109	113	111	117
Vorfälle von Eingeweiden	75	70	78	86	93
	4418	4612	5117	5244	5237

II. Referate.

Ein Fall von lokalisierter Generalvakzine. Von Dozent Dr. Karl Hochsinger in Wien.

Der Fall, über welchen H. berichtet, unterscheidet sich von den gewöhnlichen Fällen der Generalvakzine dadurch, daß die zweite Eruption der Vakzinepusteln nicht ein über den ganzen Körper ausgebreitetes Exanthem bildete, sondern sich lediglich in der Umgebung der primären Impfstellen lokalisierte. Diese zweite Eruption von Vakzinepusteln trat 14 Tage nach der erfolgten Impfung auf, während die Impfpusteln bereits zu schwarzbraunen festhaftenden Krusten vertrocknet waren. Es ist die Frage zu entscheiden, welche Bedeutung der zweiten Pockeneruption in der Umgebung der primären Impfpusteln zukommt. An dreierlei Dinge könnte man denken:

1. An einen verzögerten Eintritt der Immunität trotz normaler Pustelnentwicklung, so daß die Haut in der Umgebung der primären Impfpocken noch von außer her infizierbar war und durch den in den Krusten haftenden Infektionsstoff nachträglich infiziert werden konnte.

2. Es käme die Möglichkeit einer Verschleppung des Virus durch die Lymphbahnen in Betracht, ganz ähnlich wie dies bezüglich der in unmittelbarer Umgebung des Impffeldes häufig entstehenden kleinen Nebenpocken (Vaccinolae) vielfach angenommen wird.

3. Es wäre der hämatogene Ursprung des sekundären Pockenexanthems in Betracht zu ziehen, wodurch die zweite Eruption die Bedeutung einer Generalvakzine gewänne.

Bezüglich des ersten Punktes wäre zu bemerken, daß nach allem, was uns bekannt ist, eine Superinfektion nach dem elften Tage sicher unwirksam ist. Meistenteils ist bereits zwischen fünftem und siebentem Tage nach erfolgter Impfung die Erzeugung neuer regulärer Pusteln unmöglich, vorausgesetzt, daß die Erstimpfung von gutem Erfolg begleitet war. Ein verspäteter Eintritt der Immunität, so daß in der dritten Woche nach der Impfung noch Pusteln erzeugt werden könnten, ist in dem vorliegenden Falle aus dem Grunde sehr unwahrscheinlich, weil die Erstimpfung ungewöhnlich große und schön entwickelte Pusteln mit kräftigem Erythem in der Umgebung gezeigt hatte. Daß gerade die Haut in der unmittelbaren Umgebung der Impfkrusten in der dritten Woche gegenüber einer Infektion von außen nicht immun sein sollte, ist demnach nur schwer denkbar.

Auch die zweite Erklärungsweise hat nicht viel Wahrscheinlichkeit für sich. Akzessorische Impfpusteln erscheinen immer gleichzeitig oder höchstens um einige Tage später als die primären Vakzinepocken und holen sie in der Entwicklung noch ein. Groth sagt von diesen in unmittelbarer Umgebung des Impffeldes häufig enstehenden Pusteln aus, daß sie nur ausnahmsweise von oberflächlichen Kontinuitätstrennungen der Haut und Infektion derselben herrühren, sondern fast ausschließlich einer Verschleppung von Keimen auf dem Lymphwege ihren Ursprung verdanken. Gegen die Annahme einer lokalen Weiterverbreitung auf dem Wege der Lymphbahnen sprechen aber in unserem Falle die große Zahl der zweitentstandenen Pusteln und das späte Hervortreten derselben in der dritten Woche.

Am wahrscheinlichsten ist es, daß in dem besprochenen Falle die Neueruption von Impfpocken auf hämatogenem Wege entstanden ist. (Mitteilungen der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde, Nr. 11, 1906.)

*

Unsere Erfahrungen mit dem neuen Nährpräparat „Visvit". Aus der I. medizinischen Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik (Prof. Dr. E. Ritter von Stoffella). Von Dr. Ferd. Rosenthal, I. Assistent (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 48, 1906.)

Das durch die Prüfung an der von Leydenschen Klinik (Maass) als ein rationell zusammengesetztes, zweckentsprechendes und empfehlenswertes Nährpräparat eingeführte „Visvit" (vis vitae), hat sich als ein wegen des Mangels jeglicher Extraktivstoffe, auch bei Herz- und Nierenkranken gänzlich reizloses Präparat von wirklichem Wohlgeschmack ausgezeichnet bewährt.

Eine neue warme Empfehlung kommt dem unter so günstigen Auspizien in der Therapie sich einbürgernden Visvit nunmehr aus der von Stoffellaschen Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik.

Von den ausführlich mitgeteilten Krankengeschichten, die samt und sonders für die Leitungsfähigkeit des Visvit ein beredtes Zeugnis ablegen, ist besonders interessant ein Fall von Ulcus ventriculi, bei dem es nach einer Ulkuskur mit Hilfe von Visvit gelang, dem durch das häufige Bluterbrechen hervorgerufenen Kräfteverfall wirksam entgegenzutreten trotz der sehr herabgesetzten Verdauungsfähigkeit, welche während der ganzen Rekonvaleszenz von jeder Fleischnahrung abzusehen zwang. Bei sichtlich gesteigertem Appetit war schon nach 14 Tagen eine Gewichtszunahme von 2 *kg* und Steigung des Hämoglobingehaltes zu konstatieren.

Daß Visvit „auch bei Reizzuständen der Niere unbeschadet genommen werden darf", beweist die Beobachtung an dem 12jährigen Knaben mit Scharlachnephritis und verschiedenen Abszessen. Die bedeutende Entkräftung besserte sich unter Visvitdarreichung rasch. Beachtenswert ist auch ein Fall von Spitzentuberkulose bei einem 29jährigen Manne, in dem die anfangs rapid um sich greifende Körpergewichtsabnahme nach dem Einsetzen der Visviternährung einer deutlichen Gewichtszunahme wich.

Von anderen Krankheiten, bei denen Visvit Verwendung fand, werden aufgeführt: Morbus Basedowii, Anämien, Hysterie, Arteriosklerose, Diabetes, Phthisis pulmonum; ferner Rekonvaleszenz nach Pneumonie, Influenza und anderen Infektionskrankheiten.

In allen diesen Fällen war außer der raschen Körpergewichtszunahme eine Vermehrung der roten Blutkörperchen und eine auffallende Steigerung des Hämoglobingehaltes wahrzunehmen. Die an dieser beachtenswerten Stätte der Wissenschaft gewonnenen Erfahrungen berechtigen, das muß man anerkennen, in der Tat zu der Formulierung, daß „den praktischen Ärzten mit ruhigstem Gewissen die weitestgehende Anwendung des Visvit empfohlen werden kann".

Dosis im allgemeinen dreimal täglich 1—2 Teelöffel voll.

*

Über akute Darmtuberkulose unter dem Bilde einer schweren allgemeinen Infektionskrankheit. Von H. Pässler.

Der Verfasser kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die tuberkulöse Infektion des Darmkanals kann auch beim Erwachsenen unabhängig von schwerer Tuberkulose der Lunge oder anderer Organe zu einem selbständigen, schwer fieberhaften Krankheitsbilde führen, das in wenigen Wochen zum Tode führt.

2. Vielleicht spielt eine Mischinfektion mit Eitererregern für den schweren Verlauf der tuberkulösen Darmaffektion dieselbe verhängsvolle Rolle wie bei der Lungentuberkulose.

3. In den beiden hier beschriebenen Fällen gelangten spärliche Eitererreger (Staphylokokken) ins kreißende Blut. Dasselbe geschieht gelegentlich bei ulzerösen Lungenphthisen.

4. Zur Erschöpfung der diagnostischen Möglichkeiten bei schweren fieberhaften Krankheiten, deren Diagnose vorerst nicht gestellt werden kann, empfiehlt es sich, auch eine Untersuchung der Stühle auf Tuberkelbazillen vorzunehmen. (Münchener mediz. Wochenschr. Nr. 43, 1906.)

*

Über Rheumatismus nodosus im Kindesalter. Von M. Horn.

Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der Rheumatismus nodosus ist eine auf rheumatischer Basis beruhende fieber- und meist beschwerdefreie Erkrankung der sehnigen Gebilde und des Periostes, bei der es an verschiedenen Körperstellen, zumeist in der Nähe der Gelenke bilateral und symmetrisch zur Bildung von fibrösen Knötchen kommt.

2. Der Rheumatismus nodosus ist keine Erkrankung sui generis; tritt niemals primär sondern stets sekundär und nur



bei rheumatischen Individuen als ein den anderen Manifestationen rheumatischer Infektion koordiniertes Symptom auf, gleichzeitig oder unabhängig von diesen.

3. Er befällt meist Kinder bis zur Pubertät, mit scheinbarer Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes, deren Konstitution durch vorausgegangene rheumatische Erkrankungen geschwächt ist.

4. Der Rheumatismus nodosus ist stets von schweren Herzklappenveränderungen begleitet, die über kurz oder lang ad exitum führen. Den mit ihm komplizierten rheumatischen Erkrankungen muß deshalb eine gewisse Malignität zuerkannt werden.

5. Das Auftreten von Rheumatismus nodosus im Verlaufe von Erkrankungen mit unbekannter Ätiologie muß als pathognomisches Zeichen für die rheumatische Natur derselben aufgefaßt werden. (Wr. klin. Wochenschr. Nr. 47, 1906.)

*

Übertragung von Tumoren bei Hunden durch den Geschlechtsakt. Von Dr. Anton Sticker.

Über experimentelle Übertragungen eines Sarkoms bei Hunden hat Stricker vor kurzem berichtet. Er hatte von einem Sarkom, welches sich spontan am Penis eines Hundes entwickelt hatte, Implantationen ausgeführt in die Unterhaut, die Bauch- und Brusthöhle, den Hoden, die Knochen, die Mundhöhle, die Hirnhöhle, die Vorhaut, die Vagina, die Augenhöhle. An allen Stellen entwickelten sich echte Sarkome, die in der Mehrzahl der Fälle unter allgemeiner Metastasenbildung den Tod der Versuchstiere herbeiführten. Es fehlten jedoch bisher eindeutige Beobachtungen darüber, daß eine Übertragung von malignen Tumoren auch spontan erfolgen könne. Eine spontane Übertragung wurde nicht beobachtet. Die Möglichkeit einer solchen ist jedoch theoretisch kaum von der Hand zu weisen, zumal die experimentellen Übertragungen maligner Tumoren in der denkbar einfachsten Art zuwege gebracht werden: etwas unsanft im Glasmörser zerstoßener Tumorbrei wird mittels Trokarhülse oder gläserner Kapillare oder Spritze in den Organismus des Tieres gebracht.

Um nun die Frage prinzipiell zu lösen, ob Tumorzellen, welche sich durch Ulzeration von den Muttergeschwülsten losgelöst haben, noch intakt sein können und nicht durch vorhandene Entzündungen und Jauchungen so geschädigt werden, daß ihre Wachtums- und Wucherungsfähigkeit verloren gegangen, habe St. folgende beide Versuchsreihen angestellt. Von einer Hündin mit umfangreichen, experimentell erzeugtem Sarkom der Vagina, welches geschwürig die Schleimhaut durchbrochen, wurde durch leichten Druck aus den Geschwürsöffnungen etwas Tumormasse hervorgebracht, dieselbe mittels gläserner Kapillare aufgesaugt und in die Unterhaut der rechten Brustwand bei zwei gesunden Hunden gebracht.

Zu einer zweiten Versuchsreihe benutzte St. ein Vaginalsarkom einer spontan erkrankten Hündin und hat durch Druck aus einem etwa bohnengroßen, geschwürig geöffneten Sarkomknoten etwas Geschwulstmasse ausgepreßt und dieselbe bei zwei Hunden subkutan implantiert. Vom 42. Tage ab war ein deutliches Tumorwachsen zu beobachten. Einer dieser Tumoren wurde am 69. Tage, nachdem er etwa Kinderfaustgröße erreicht, exstirpiert und zu weiteren Implantationen benutzt.

Die ulzerierenden Vaginaltumoren boten St. nun auch Material, um die Frage zur Entscheidung zu bringen, ob nicht durch Kontakt spontane Tumoren bei anderen Tieren entstehen können. Daß Sarkome ähnlich wie bei weiblichen Hunden in der Vagina, so beim männlichen Hunde am Penis vorkommen, war Tatsache.

Er ließ eine Hündin, die an der linken Seite des Introitus vaginae zwei zehnpfennigstückgroße Defekte der Schleimhaut mit darunterliegendem haselnußgroßen Sarkomknoten hatte, von vier männlichen Hunden decken. Bei einem derselben entwickelte sich nach einer Latenzzeit von etwa $3^1/_2$ Monaten, innerhalb welcher auch nicht die geringste Veränderung am Penis zu bemerken war, an einer Stelle, welche genau der Geschwulststelle der Vagina korrespondierte, eine brombeergroße Geschwulst. Gleichzeitig fand eine Größenzunahme der regionären Lymphdrüse, also der Lgl. pubis sinistra statt. Der Penistumor wuchs langsam, aber stetig, die Lymphdrüse erreichte bald Hühnereigröße, ging später auf Kastaniengröße zurück und ist seitdem stabil geblieben. Sie bildet einen derben höckerigen Knoten. Der Tumor am Penis erscheint an der Oberfläche zerklüftet und aus einzelnen kleinen Knötchen zusammengesetzt. Was die anderen drei Hunde betrifft, so trat bei einem nach einer Latenzzeit von ebenfalls $3^1/_2$ Monaten, sieben hirsekorngroße Knötchen an der linken und oberen Seite des Penis auf. Bei den übrigen beiden Hunden trat keine Geschwulstbildung auf.

Die in beiden positiv verlaufenen Fällen entstandenen Penissarkome sind als Kontakttumoren aufzufassen. Die Eindeutigkeit ihrer Entstehung berechtigt zu der wissenschaftlichen Annahme, daß auch manche der in der Literatur mitgeteilten Fälle von spontanen Kontaktübertragungen maligner Tumoren beim Menschen nicht anders zu deuten sind. Die beim Tiere erhobenen Befunde dürften geeignet sein, über gewisse Erscheinungen in der Pathologie der Geschwülste des Menschen zum Nachdenken und zu vorurteilsfreieren Beobachtungen in bestimmter Richtung anzuregen. (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 49, 1906.)

*

Beitrag zur Pathologie der Polyzythaemia rubra. Von Dr. Karl Glaessner.

G. teilt einen Fall mit, der dadurch ausgezeichnet ist, daß er nicht nur ein typisches Beispiel des genannten Krankheitsbildes darstellt, sondern daß der Kranke auch tatsächlich lediglich seiner Polyzythämie erlag und die Krankheit post mortem alssolche festgestellt werden konnte. Es handelte sich dabei nicht nur um eine bloße Erythämie, sondern, wie auch aus dem pathologisch-anatomischen Bilde hervorgeht, um eine echte Plethora. Zunächst einige klinische Daten über unseren Fall:

Was die klinischen Besonderheiten des Falles betrifft, so ist bezüglich der ätiologischen Faktoren auch der beschriebene Fall ziemlich dunkel. Ganz besonders interessant ist die Angabe der durchgemachten Lues. Die Dauer des Leidens betrug zwei Jahre. Von anderer Seite wird die Dauer auf zwei bis zehn Jahre angegeben. Jedenfalls ist es eine chronische, manchmal eine chronisch-rezidivierende Erkrankung (Türk, Rosengart). Die ersten Symptome, Rötung des Gesichtes, Kongestionen zum Kopf, Kopfschmerzen, scheinen der Entwicklung des Milztumors voranzugehen. Erst später machten sich Verdauungsstörungen und Zirkulationsstörungen (Ödeme der Beine) bemerkbar.

Die Zyanose betraf bei unserem Kranken Haut und Schleimhäute und kam auch in kleinen Hämorrhagien zum Ausdrucke. Pigmentierungen, wie sie u. a. Türk beschreibt, waren in dem angeführten Fall noch nicht aufgetreten. Sehr charakteristisch war der mächtige Milztumor, der das ganze linke Hypochondrium ausfüllte. Geringfügiges Emphysem haben auch andere Beobachter gefunden; die Albuminurie, welche mit dem Vorkommen geringer Mengen hyaliner Zylinder im Sendiment einherging, war im vorliegenden Falle sehr ausgesprochen und findet auch in dem pathologisch-anatomischen Präparat ihre Erklärung. Vergrößerung der Leber scheint kein konstantes Vorkommnis zu sein. Nach Türk, der selbst die Leber in zwei Fällen vergrößert findet, scheinen da zirrhotische Prozesse eine Rolle zu spielen. Das Verhalten des Blutes war in jeder Hinsicht charakteristisch. Vor allem ist zu betonen, daß die abnorm gesteigerte Gerinnbarkeit, bezw. Kürze der Gerinnungszeit auf einen außergewöhnlich hohen Fibrinfermentgehalt schließen läßt. Die Zahl der Erythrozyten betrug über zehn Millionen im Kubikzentimeter. Das ist eine Erhöhung um fast das Doppelte.

Der Stickstoffgehalt des Blutes: 3·3%, ist etwa der Norm entsprechend. Reckzehs Fall zeigte einen höheren Wert: über 4%. Auffallend ist dagegen der hohe Gehalt an Reststickstoff, der über $^1/_7$ des Gesamtstickstoffes ausmacht, ein



Verhalten, wie wir es u. a. bei der Urämie beschrieben finden. Auch das Überwiegen der Albuminfraktion, die fast der dreifachen Globulinfraktion entspricht, ist bemerkenswert, das Umgekehrte findet bekanntlich bei Hunger- und anämischen Zuständen statt. Der Eisengehalt des Blutes wich von der Norm kaum ab, wie es ja auch dem in normaler Menge vorhandenen Hämoglobin zukommt. Nicht an Hämoglobin gebundenes Eisen, wie es neuerdings Freund in Fällen von Chlorose beschrieben hat, war nicht nachweisbar. Der Blutdruck hielt sich auf einem Niveau, das vom normalen Wert nicht weit abwich.

Ganz besonderes Interesse verdienen unter den histologischen Befunden die Veränderungen an der Milz und am Knochenmark.

Was zunächst das Verhalten der Milz anbelangt, so ist bekannt, daß bei Sektionen ähnlicher Fälle eine tuberkulöse Erkrankung der Milz festgestellt werden konnte. Den ersten Fall dieser Art haben Rendu und Vidal beschrieben, weitere gleiche Beobachtungen haben Moutard, Martin und Lefas gemacht. Endlich liegt die Mitteilung von Collet und Gallaverdin vor, die primäre Milztuberkulose als Todesursache bei ihrem Fall anführen. Die nähere Betrachtung der genannten Publikationen lehrt aber, daß man in der Beurteilung der beobachteten Fälle sehr vorsichtig sein muß. Der Fall von Rendu und Vidal hatte wohl Milztumor und Zyanose, der Erythrozytengehalt des Blutes betrug jedoch nur 6,200.000, ein Verhalten, das nicht geeignet ist, ihn in die Reihe der echten Plethorafälle aufzunehmen; bei den Patienten von Moutard, Martin und Lefas fehlte die Zyanose vollständig und bei dem letzterwähnten Fall von Collet und Gallaverdin sind die roten Blutkörperchen überhaupt nicht gezählt worden; so daß alle diesbezüglichen Mitteilungen zum mindesten zweifelhaft sind. Im allgemeinen wird man überhaupt mit der Diagnose Polyzythämie sehr vorsichtig sein müssen, zumal wenn kein Obduktionsbefund vorliegt; es sind Fälle bekannt, bei welchen der Symptomenkomplex der Polyzythämie klinisch sich in ausgezeichneter Weise darbietet, während der Obduzent dann doch ein mechanisches Zirkulationshindernis feststellen konnte, das mit einem Schlage die Situation beleuchtet. (Wr. klin. Wochenschr. Nr. 49. 1906.)

*

Über schmerzlose Geburtswehen. Von Br. Wolff.

Der Tatsache, daß auch bei gesunden Gebärenden bei einer regelrechten, mehr oder weniger langsam fortschreitenden Entbindung die Wehen vollkommen schmerzlos sein können, ist in der Literatur bisher nur wenig Beachtung geschenkt worden. Ref. hatte Gelegenheit, einen dieser eigenartigen Fälle zu beobachten: Es handelte sich um eine 28jährige, soweit festgestellt werden konnte, vollkommen gesunde Erstgebärende, die am normalen Ende der Schwangerschaft mit einem lebenden Kinde niederkam. Die Entbindung schritt in Schädellage in langsamer Weise vorwärts. Der Muttermund erweiterte sich und, unter schließlichem tiefen Querstand, gelangte der Kopf bis in den Beckenausgang und mußte dann mit der Zange entwickelt werden. Die Eigenartigkeit des Falles lag darin, daß die Kreißende — abgesehen von geringen Schmerzen, die im Beginne der Geburt aufgetreten zu sein scheinen — überhaupt keinen Wehenschmerz empfand, ja daß sie die deutlich nachweisbaren und dem Fortschritte der Geburt förderlichen Uteruskontraktionen überhaupt nicht in irgend einer Weise wahrnahm. Im übrigen zeigte der Geburtshergang noch das Bemerkenswerte, daß im ganzen Verlauf der Austreibungsperiode die reflektorische Aktion der Bauchpresse ausblieb. — Von forensischem Interesse ist die Frage nach der Häufigkeit der Geburten mit schmerzlosen Wehen. Ref. kommt in dieser Hinsicht zu dem Resultate, daß wir es bei den Geburten gesunder Frauen mit schmerzlosen Wehen im ganzen zwar mit sehr ungewöhnlichen Fällen zu tun haben, daß sich aber immerhin eine gewisse Anzahl solcher Fälle unter den Beobachtungen, die als Sturzgeburten in die Erscheinung treten, verbergen dürfte. — Die Ursache der Schmerzlosigkeit der Wehen in der in Rede stehenden Beobachtung ließ sich nicht mit absoluter Sicherheit ermitteln. Ganz unmöglich wäre es ja nicht, daß sich die Anfänge eines Nervenleidens hier nur durch die Schmerzlosigkeit der Wehen zuerst bemerkbar gemacht hätten. Immerhin ist es aber, da es sich ja, soweit irgend festgestellt werden konnte, um eine ganz gesunde Frau handelte, viel wahrscheinlicher, daß nur eine eigentümliche Beschaffenheit der Genitalorgane bei normalem Nervensystem die Wehen schmerzlos gemacht hat. — Ein Fall, wie der hier besprochene, regt die Frage an, ob dem „Schmerz", der eigentümlicherweise „physiologisch" den Geburtshergang begleitet, an sich eine spezielle Bedeutung für den Geburtshergang zukommt. Aus den bisherigen Beobachtungen über schmerzlose Geburten läßt sich, soweit es sich um die Eröffnungsperiode der Geburt handelt, nichts entnehmen, was für eine physiologische Bedeutung des Wehenschmerzes spreche. Anders ist es dagegen mit der Austreibungsperiode. Die Erfahrungen in dem Falle des Ref. sowie die in Analogie hiezu stehenden Erfahrungen, die man neuerdings bei der Rückenmarksanästhesie Gebärender gemacht hat, beweisen unzweifelhaft, daß die Schmerzhaftigkeit der Wehen und die Bauchpresse jedenfalls sehr eng mit einander verknüpft sind und man darf wohl schließen, daß im allgemeinen der starke Reiz des Schmerzes der Wehen notwendig ist, damit die Bauchpresse in regelrechter Weise — d. h. in den richtigen Augenblicken, unter voller Anspannung aller Kräfte der Kreißenden — in Funktion tritt. Ref. gelangt zu dem Schluß, daß der eigentliche Geburtsschmerz auf die Bauchpresse, und damit auf einen für den Geburtshergang sehr wichtigen Faktor, einen wesentlichen regulatorischen Einfluß ausübt, und er glaubt, daß man somit — wenigsten für die Austreibungsperiode — in der Tat von einer physiologischen Bedeutung des Wehenschmerzes sprechen kann, einer Bedeutung, die in diesem regulatorischen Einfluß zum Ausdruck kommt. (Archiv für Gynäkologie, Bd. 87, Heft 2.

III. Literatur.

Die hämatopoetischen Organe in ihren Beziehungen zur Pathologie des Blutes. Von Dr. K. Helly (Wien). Verlag Alfr. Hölder, Wien, 1906.

Das Studium der hämatopoetischen Organe umfaßt einerseits die Gruppe der Lymphdrüsen und Milz, andererseits die des Knochenmarkes. Während die erste dieser beiden Abteilungen bloß 49 Seiten für sich in Anspruch nimmt, sind der zweiten mehr als doppelt so viele gewidmet. Zum Teile wenigstens ist dies dadurch bedingt, daß die nicht rein morphologischen (normale und pathologische Physiologie betreffenden) Erörterungen hier viel ausgiebiger beigegeben wurden als im ersten Teile.

Ein umfängliches Literaturverzeichnis und eine gut ausgefallene Tafel erleichtern wesentlich das Studium dieses schwierigen Kapitels der Pathologie.

Handbuch der topographischen Anatomie. Von Professor Fr. Merkel (Göttingen). Verlag Fr. Vieweg & Sohn, Brauschweig, 1906, III. Band, 3. Lieferung.

Das vorliegende Heft befaßt sich mit der Anatomie der oberen Extremität. Nicht bloß für den Anatomen und Chirurgen wird diese Lieferung eine wertvolle Gabe bedeuten, die ihm den Überblick und die topographische Orientierung erleichtert, sondern auch für den Internisten und Neurologen stellt sie eine willkommene Unterstützung bei den ja unerläßlich nötigen, oft so schwierigen topographischen Erwägungen betreff der Lokalisation einer die Muskeln resp. Nerven treffenden Schädlichkeit dar. Unterstützt wird hiebei der Leser durch die in so großer Anzahl beigegebenen farbigen Abbildungen in vollstem Ausmaße, so daß die Reproduktion des etwa dem Gedächtnisse schon Entschwundenen oder nur unklar Vorhandenen sich zu einem in raschem Tempo abspielenden Vorgang gestaltet. Das Buch ist daher all diesen verschiedenen Gattungen der ärztlich sich Betätigenden, den Anatomen, Chirurgen, Internisten und Neurologen gleichmäßig bestens anzuempfehlen.



Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie. Herausgegeben von Prof. Hofmeister, VIII. Band, 8. bis 12. Heft und IX. Band, 1. und 2. Heft. Braunschweig, Verlag F. Vieweg & Sohn, 1906.

Diese in letzter Zeit erschienenen Hefte sind wieder ein vollwertiger Beweis für die Höhe, auf welcher sich diese Zeitschrift dauernd erhält. Eine ganze Reihe von wichtigen Themen finden hier Beleuchtung und Korrektur, gleichwichtig für den physiologischen Chemiker und den Kliniker. Es geht ja entsprechend dem kurzen Rahmen eines Referates nicht an, all die Arbeiten auch nur durch Wiedergabe der in denselben gewonnenen Resultate zu skizzieren. Schon die Titel und die Ursprungstätten der Arbeiten geben fast genugsam Gewähr für den Wert der hier niedergelegten Forschungsresultate. Da ist außer Hofmeisters eigenem Institute, das Wiener physiologische Institut, die medizinischen Kliniken von München, Straßburg und Graz, das pharmakologische Institut in Heidelberg zu erwähnen, die mit einer Fülle von neuen Tatsachen über Fermentwirkungen, Eiweißderivate und serologische Alterationen uns bescheren.

IV. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Innerne Sektion.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter".)

Sitzung vom 13. Dezember 1906.

Adolf Zemann demonstriert das Herz eines mit einer narbigen Stenose des linken Conus arteriosus behafteten, an einer akuten ulzerösen Endokarditis verstorbenen 19jährigen Jungen. Es handelt sich nach Zemann in diesem Falle um jene Art von Stenose des linken Conus arteriosus, welche durch entzündliche Prozesse am Endokard entstehen, und die schon sehr frühzeitig (wahrscheinlich fötal) erworben worden sind.

Maximilian Sternberg teilt einige Daten aus der Krankengeschichte dieses Falles mit. Der Herzbefund war folgender: Über dem Manubrium sterni, insbesondere in der Höhe der zweiten Rippe, und im zweiten linken Interkostalraume war ein sehr starkes, den ganzen Thorax erschütterndes Schwirren fühlbar, das sich nicht an einer der typischen Stellen der Ostien besonders lokalisieren ließ. Der Herzstoß stark nach außen gerückt, im 5.—6. Interkostalraume, stark hebend. Dem Schwirren entsprach bei der Auskultation ein langgezogenes, sehr rauhes systolisches Geräusch, die zweiten Töne waren kaum vernehmbar. Da der Patient nach vorausgegangenen Schüttelfrösten eine Febris remittens, Milztumor, starke polynukleäre Leukozytose hatte, wurde die Diagnose auf septische Endokarditis auf der Basis eines kongenitalen Herzfehlers gestellt.

Sternberg bemerkt noch, daß Dr. Kürt, der an der Abteilung mit Studien über seine Methode (Kürt) der Palpation des Herzens beschäftigt ist, der Diagnose sehr nahegekommen ist, was für die Verwendbarkeit dieser noch wenig bekannten Untersuchungsmethode spricht.

Maximilian Weinberger demonstriert das anatomische Präparat des vor zwei Monaten vorgestellten Kranken mit linksseitiger Bronchostenose durch Aortenaneurysma und Retraktion des Herzens sowie des Mediastinums in die linke Thoraxhälfte. Die Obduktion bestätigte die seinerzeit gestellte klinische Diagnose: Chronische Endarteriitis (syphilitica?) der Aorta ascendens sowie des Bogens, sackförmiges Aneurysma des Isthmus Aortae mit Kompression des N. recurrens, der linken Art. pulmonalis und des linken Bronchus. Ferner ergab auch der Obduktionsbefund weitere Anhaltspunkte dafür, daß sich die Lageveränderung des Herzens und des Mediastinums durch die fortschreitende Verlegung des Hauptbronchus ausgebildet hat. Er ist der Ansicht, daß bei Bronchostenosen das Augenmerk auf die Verlagerung des Herzens und des Mediastinums konzentriert werden müsse, welche Veränderungen zu beobachten ja auf radioskopischem Wege noch viel leichter als die übrigen physikalischen Methoden möglich ist.

Ludwig L. Hofbauer erinnert an seinen vorjährigen Vortrag über die Lagenveränderungen, welche bei der Pleuritis das Herz und die großen Abdominaldrüsen (Leber und Milz) aufweisen. Ganz besonderes Interesse verdienen hiebei die Lageveränderungen des Herzens. Der von Weinberger erwähnte Fall gibt ein überaus prägnantes Beispiel für die Retraktionskraft der Lunge und die Verziehung des Herzens nach der erkrankten Seite. Hofbauer möchte das Augenmerk auf die respiratorische Wanderung des Herzens und Mediastinums lenken. Eine größere Untersuchungsreihe, die Hofbauer mit Holzknecht in seinem Institute anstellte, hat gezeigt, daß auch ohne jede Bronchostenose sich respiratorische Wanderung des Mediastinums bei einseitiger Infiltration des Lungengewebes einstellen kann.

Maximilian Weinberger bestätigt die Ausführungen Hofbauers. Er weist jedoch darauf hin, daß er vorher auf diese Verhältnisse aufmerksam gemacht habe, ohne die Untersuchungen Hofbauers zu kennen. Viele, von H. v. Schrötter und ihm seit Jahren erhobene Befunde haben sie über diese Tatsachen belehrt.

Hugo Salomon: Versuche zur Serumdiagnose des Karzinoms. Die Versuche, die Salomon angestellt hat, befassen sich insbesonders mit der Frage, ob das spezifische Gewebe des Karzinoms nach Einverleibung in den Tierkörper, dem Serum besondere Eigenschaften mitteilt. Es hat nun den Anschein, als ob im Karzinomserum sich Antifermente befinden, welche auf die Autolyse des Karzinomgewebes hemmend einwirken. Die Hemmung der Hämolyse durch Karzinomserum verläuft nicht anders als diejenige durch normales Serum, beide wirken stark hemmend auf die Hämolyse. Wurde ein Kaninchen mit getrockneter, zerriebener und in Kochsalzlösung aufgeschwemmter Karzinomsubstanz injiziert, so lieferte es ein Serum, welches Karzinomserum fällte. Salomon warnt jedoch vor Verallgemeinerung dieses Befundes, weil er nur in einem einzigen Falle erhoben wurde.

Emil Ranzi hat zahlreiche Versuche unternommen, um zu einer Serumdiagnose des Karzinoms zu gelangen, doch zeigten die angeführten Versuche, daß man derzeit weder mit der Präzipitinreaktion, noch mit der Komplementablenkungsmethode zu einer Serodiagnose des Karzinoms gelange.

Ludwig Hofbauer ist der Ansicht, daß die mitgeteilten Versuchsresultate einen Anhaltspunkt für das Verständnis des bisher völlig unklaren Asthma carcinomatosum geben. Diese bisher völlig unklaren Fälle von Atembeschwerden bei Krebskranken erhalten nunmehr etwas ätiologische Beleuchtung, wenn wir erfahren, daß hiebei sich Alterationen des Serums finden; sie könnon zur Erklärung herangezogen werden, ähnlich wie bei Schilddrüsenerkrankungen die zu konstatierenden Atemstörungen durch die an das Serum abgegebenen Stoffe erklärt werden.

Emil Přibram bemerkt, daß er im hiesigen serotherapeutischen Institute eine Reihe von Untersuchungen angestellt habe, zum Zwecke, die Präzipitinreaktion bei normalen und pathologischen Seren miteinander zu vergleichen. Doch seien die Versuche, deren Anordnung er im Detail bespricht, negativ ausgefallen.

Arthur Klein bespricht die Arbeitsmethoden, die bei derartigen Versuchen eingeschlagen werden und erklärt den Vorgang bei der sogenannten „Komplementablenkung". Diese Arbeitsmethode stützt sich auf das sogenannte „Gengou-Moreschische Phänomen".

Rudolf Kraus bemerkt, daß Gengou bereits 1902 das Phänomen der Hemmung der Hämolyse bei Anwesenheit bestimmter Antikörper und seiner Antigene nachgewiesen hat. Moreschi hat dann drei Jahre später, ohne Kenntnis von der Arbeit Gengous zu haben, dieses Phänomen wiederentdeckt und auf die Bedeutung für die Lehre von den Antikomplementen hingewiesen.



Karl v. Stejskal macht einige methodologische Bemerkungen. Schon Weichhardt hat hervorgehoben, daß die Absättigungsversuche bezüglich des Allgemeinpräzipitins, wie alle Immunkörperreaktionen, keineswegs restlos verlaufen. Es bleibt immer eine gewisse geringe Menge von Allgemeinpräzipitin auch nach der Absorption übrig. Dieses der Absorption entgangene Allgemeinpräzipitin ist gerade dadurch charakterisiert, daß ein Niederschlag spät und nur in hohen Konzentrationen auftritt. Da nun die vom Vortragenden erhaltenen Präzipitine diese Charaktere zeigen — sie traten erst nach 26 Stunden auf und waren nach den Äußerungen des Vortragenden gering und in hohen Konzentrationen vorhanden — glaubt er, daß es sich um solche der Absättigung entgangene Allgemeinpräzipitine für Mensch-Eiweiß und nicht um Karzinompräzitine handelt. *i. m.*

V. Aus der Praxis.

Die Verwendbarkeit des Methylatropinum bromatum bei Erkrankungen des Nervensystems.

Methylatropinum bromatum oder Atropinum methylobromatum ist ein neues Atropinderivat, das von der Firma E. Merck in Darmstadt in den Verkehr gebracht wird. Das genannte Salz ist das am Stickstoff methylisierte Bromid des Atropins. Es hat einen Bromgehalt von 20·84%, bildet weiße, krystallinische Blättchen, welche bei 222—223° C. schmelzen und in Wasser und verdünntem Alkohol leicht, in kaltem, absolutem Alkohol, Azeton und Chloroform dagegen schwer löslich sind. Die toxische Wirkung des Methylatropinum bromatum ist bedeutend geringer als jene des Atropinum sulfuricum, namentlich wirkt es weniger schädigend auf die Herztätigkeit und Atmung.

Über die interne medizinische Anwendung des Methylatropinum bromatum berichten Vaubel, Aronheim und Bolgar und heben die zwei letzteren Autoren namentlich die besondere schmerzstillende Wirkung des Salzes hervor, welche frei ist von unangenehmen und toxischen Nebenwirkungen. Neben der ophthalmologischen Verwendung bemerkt Vaubel, daß er Methylatropinum bromatum zur Verminderung der sekretorischen Drüsentätigkeit und der nächtlichen Schweiße vorgeschrittener Phthisiker mit gutem Erfolge angewendet hat (0·006—0·012 *g*). Mit Bromsalzen kombiniert hat Aronheim das Mittel auch bei Epilepsie versucht und hiebei eine Abnahme der Zahl der Anfälle konstatieren können. Bolgar berichtet über okulistische und interne Anwendung des Methylatropinum bromatum und hat dasselbe in allen jenen Fällen mit Erfolg verwendet, wo Morphium oder Atropin angezeigt waren.

Dr. Hudevernig hat mit Atropinum methylobromatum an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Pest ebenfalls umfangreiche Versuche bei Neurosen angestellt und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Methylatropinum bromatum ist ein schätzenswertes, schmerzstillendes Mittel, welches bei den lanzinierenden Schmerzen der Tabiker, bei spinalen Schmerzen, bei Kopfschmerzen verschiedener Natur und bei schmerzhaften hysterischen Sensationen fast ausnahmslos mit Erfolg angewendet werden kann.

2. Gute Dienste leistet es bei nervösen Hypersekretionen.

3. Bei neuralgischen Schmerzen wirkt es nicht bloß schmerzstillend, sondern auch heilend.

4. Bei Epilepsie ist die Wirkung sehr gering, bei motorischen Reizzuständen (Paralysis agitans, Tic convulsif) fehlt diese gänzlich.

5. Gewöhnung und unangenehme oder toxische Neben- und Nachwirkungen konnten nicht beobachtet werden.

6. Als Einzeldosis genügen 1—2 (bis 4) *mg*. Die zweckmäßigste Darreichung erfolgt in Pulvern oder in Lösungen.

7. Durch Kombination mit antineuralgischen oder antirheumatischen Mitteln kann die Wirkung des Methylatropinum bromatum gesteigert werden.

Einiges über die Wirkung des Rheumasol.

Das seit nicht zu langer Zeit in der Praxis angewendete Rheumasol ist eine Verbindung von Petrosulfol, Salizylsäure und Vasol und besteht aus 80 Gewichtsteilen Vasolum liquidum und je 10 Gewichtsteilen Salizylsäure und Petrosulfol. Es stellt eine schwarzbraune Flüssigkeit von schwachem Petrosulfolgeruch dar und erscheint bei durchfallendem Lichte klar. Es wird in Form von Einreibungen angewendet, von der Haut unzweifelhaft resorbiert und entfaltet die spezifische Heilwirkung der Salizylsäure, nebst der des Petrosulfols; es ist natürlich in erster Linie bei akuten rheumatischen Entzündungen, aber auch bei mehr chronischen rheumatischen und oft auch bei entzündlichen resp. exsudativen Prozessen anderer Natur wirksam.

Fall I. W. L., Kommis, 20 Jahre alt. Akuter Gelenkrheumatismus. Nach wenigen Einreibungen bedeutende Besserung. Pat. geheit entlassen.

Aufnahme am 2. Juni 1906. Seit 6 Tagen zunehmende Schmerzen und Anschwellung in beiden Schulter- und Kniegelenken, besonders links, seit einem Tage Fieber. Potus, Lues, Gonorrhöe negiert.

Status präsens: Grazil, mäßig genährt. Temperatur 38°. Beide Schulter- und Kniegelenke, besonders links, geschwollen, sehr schmerzhaft, die leiseste Berührung aktiv und passiv unmöglich. Noch am selben Abend eine Einreibung mit Rheumasol durch 10 Minuten und einfache Bedeckung mit Linnen. 3. Juni 1906. Temperatur morgens 37°. Pat. klagt über leichte Halsschmerzen, es zeigt sich eine leichte Angina; er gibt an, schon einige Stunden nach der ersten Einreibung bedeutenden Schmerznachlaß gespürt zu haben. Gegenwärtig haben Schmerzen und Schwellung schon ziemlich abgenommen; Pat. äußert sich sehr erfreut, er könne die ergriffenen Teile seit mehreren Tagen wieder ohne beträchtliche Schmerzen bewegen. Es werden täglich zwei Einreibungen durch 10 Minuten gemacht. Gefühl von Wärme und Prickeln in den eingeriebenen Teilen. Fortschreitende Besserung. Seit 6. Juni, also nach vier Tagen, fast vollständiges Verschwinden der Schmerzen und der Schwellung. Angina vom 3. bis 6. Juni langsam abklingend. Weitere Fortsetzung je einmaliger täglicher Einreibung. Pat. verbleibt zur Rekonvaleszenz weiter im Krankenhause. Allgemeinbefinden gut. Pat. nach mehreren Tagen geheilt entlassen.

Fall II. K. F., 24 Jahre, Schildermaler. Akuter Gelenkrheumatismus. Gonitis d. Anfangs innerlich Natr. salicyl. und Salol, später Rheumasol einmal täglich; unter dieser Therapie nach zirka 18 Tagen Heilung.

Eingehende Versuche, die Dr. Podloucky an der I. med. Abteilung des k. k. Krankenhauses Rudolfsstiftung angestellt hat, ergaben, daß in fast allen Fällen eine sichere rasche Wirkung des Mittels konstatiert wurde, Rezidive, Verschlimmerungen traten nicht ein, die Pat. wurden nach kürzerer oder längerer Zeit geheilt oder wesentlich gebessert entlassen.

Das Rheumasol ist also ein extern anzuwendendes, leicht resorbierbares Salizylpräparat, welches alle Wirkungen der internen Salizylmedikation entfaltet; da letztere nur zu oft von den bekannten üblen Folgeerscheinungen seitens des Magendarmkanales, des Gehörorganes usw. begleitet ist, so scheint im Rheumasol ein trefflicher Ersatz für die innerlich zu verabreichenden Salizylpräparate gefunden zu sein. Das Rheumasol wird von G. Hell & Co., Troppau, dargestellt.



VI. Notizen.

Auszeichnungen. Anläßlich der erbetenen Versetzung in den dauernden Ruhestand wurde dem Statthaltereirate und Landes-Sanitätsreferenten bei der Statthalterei in Triest Dr. Adalbert Bohata der Titel eines Hofrates und dem Oberbezirksarzte kaiserlichen Rate Dr. Friedrich Hellmuth in Pilsen das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens verliehen.

Ernennungen. Der ordentliche Professor der Hygiene Dr. Stanislaus Bądzyński wurde zum ordentlichen Professor der medizinischen Chemie, der Privatdozent Dr. Paul Kučera zum außerordentlichen Professor der Hygiene an der Universität in Lemberg ernannt. — An der Tierärztlichen Hochschule in Lemberg wurde der außerordentliche Prof. Dr. Miezislaus Grabowski zum ordentl. Professor für allgemeine und experimentelle Pathologie sowie für pathologische Anatomie, der Dozent Dr. Wladimir Kulczycki zum ordentlichen Professor für deskripte und topographische Anatomie, Histologie und Embryologie, ferner der Privatdozent Dr. Stanislaus Fibich zum außerordentlichen Professor der Tierproduktionslehre, der Privatdozent Dr. Kasimir Panek zum außerordentlichen Professor für Physiologie, schließlich der Assistent Dr. Adolf Gizelt zum außerordentlichen Professor für Pharmakologie, Pharmakognosie, Toxikologie und Rezeptierkunde ernannt.

Krebserzeugung durch Röntgenstrahlen. Während von einer großen Anzahl Ärzte die Röntgenbehandlung zur Heilung des Hautkrebses empfohlen wird, sind neuerdings Fälle bekannt geworden, wo durch Anwendung der Röntgenstrahlen Krebs direkt erzeugt wurde. Diese Fälle mahnen zur Vorsicht. In der französischen Gesellschaft für Hautkrankheiten wurden zwei Fälle von Gesichtshautkrebs gezeigt, bei welchen die Röntgenstrahlen Schwellung und Zerfall der Ohrspeicheldrüse hervorriefen. Die Untersuchung ergab eine rasch wachsende Krebsgeschwulst. Der Schweizer Chirurg Prof. Wyss sah bei Frauen, die wegen Lupus des Gesichtes behandelt wurden, nach mehrmaliger Bestrahlung Hautkrebs sich entwickeln. Diese Geschwülste wurden herausgeschnitten, und die mikroskopische Untersuchung ließ erkennen, daß es sich um Krebs handelte. (St. Petersb. Med. Woch. Nr. 49, 1905.)

Roda Roda, **Eines Esels Kinnbacke.** Schwänke und Schnurren, Satiren und Gleichnisse. Umschlagzeichnung von Bohumil Nehasil. Preis geheftet 2 Mark, in Leinen gebunden 3 Mark. Verlag von Albert Langen in München. Die Schwänke und Schnurren, Satiren und Gleichnisse, die Roda Roda als Beute vieler Jahre sammelt, zeigen den populären Verfasser von der allerbesten Seite und werden ein dankbares, lachfreudiges Publikum finden. Alles wird mit einem graziösen Witz und einer guten Laune vorgetragen, daß niemand dem Spötter gram sein kann, selbst die nicht, die er so kritisch unter die Lupe nimmt. Wer diesen Band zur Hand nimmt, wird ihn sicher nicht fortlegen, bevor er ihn ausgelesen hat. Und es müßte schon ein unverbesserlicher Griesgram sein, wer nachher behaupten wollte, er hätte dem Buche nicht ein paar sehr vergnügte Stunden zu verdanken.

Leonhard Schrickel, **Der goldne Stiefel.** Roman. Umschlagzeichnung von Bohumil Nehasil. Preis geheftet 3 Mark, in Leinen gebunden 4 Mark. Verlag von Albert Langen in München. Mit Leonhard Schrickel tritt ein neuer deutscher Erzähler auf den Plan, dessen Name sicherlich bald einen guten, weithin dringenden Klang in Deutschland haben wird. „Der goldne Stiefel“ ist ein schönes, erquickendes und packendes Buch. Es ist der Roman eines alten Schusters und seines Sohnes, der gleichfalls ein Schuster und dabei ein echter Handwerker von altem Schrot und Korn ist. Den sozialen Hintergrund für die Handlung gibt die Tragödie des Handwerkerstandes in unseren Tagen, die Proletarisierung, die der Mittelstand unter dem übermächtigen Vordringen des Großbetriebes, der Fabrikarbeit durchmacht. Man könnte Leonhard Schrickel — mutatis mutandis — einen Wilhelm Schulz der Erzählung nennen. So echt deutsch, so ein Heimatkünstler im besten Sinne des Wortes wie jener Malerpoet ist auch er. Die Keime, die Leonhard Schrickel in seinem Buche hegt, werden aufgehen in den Herzen vieler dankbarer Leser.

VII. Bibliographie.

Gesammelte Schriften. Von Adolf Fick, weil. Prof. der Physiologie in Würzburg. In 4 Bänden. Würzburg Stahl'sche Verlagsanstalt.

Praktischer Führer durch die gesamte Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie. Nachschlagebuch in allen Fragen für den praktischen Arzt und Studierenden. Von S. R Lorenz. Zweite, vollständig überarbeitete und vermehrte Auflage. 2 Bände geh. Mk. 30. Leipzig, Benno Konegen.

Über den Schwachsinn nebst seinen Beziehungen zur Psychologie der Aussage. Von Dr. Julius Hampe. 2 Mk. Braunschweig, Friedr. Vieweg & Sohn.



Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise: Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—. Für Deutschland ganzjährig 20 Mark. Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs. Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.

Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47. Telephon Nr. 22152. Postsparcassen-Conto Nr. 839.072. Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von

o. ö. Universitätsprofessor **Dr. J. Nevinny** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.

Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47. Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 4. Wien, 26. Jänner 1907. **Nr. 4.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Hydriatik des Rotlaufes.

Von Dr. **J. Sadger**, Wien-Gräfenberg.

(Fortsetzung.)

Unterdessen war es Mitternacht geworden, die Haut hatte sich wieder erwärmt. Patient war ruhiger geworden, da erfolgte eine zweite Ausleerung, und eine halbe Stunde später eine dritte und hienach der Abgang von Urin. Wir hatten zwar durch untergelegte Tücher Vorsorge getroffen, das Bett rein zu erhalten, sahen uns aber dennoch genötigt, den Kranken nochmals zu verlegen, was zwar mit größter Vorsicht geschah, aber immerhin sehr nachteilig sich erwies. Außer beständigem Hin- und Herwerfen des Kranken, Irrereden usw. flößte die zusammengesunkene Lage desselben, das Einbohren des Hinterkopfes in das Kissen, das zeitweise Zusammenpressen der Kinnladen neue Besorgnisse ein. Die Augen waren geöffnet, hatten einen stieren, geistlosen Ausdruck, die Iris starr, ohne Beweglichkeit bei starker und schwacher Beleuchtung, in krampfhafter Kontraktion. In summa: sowohl die Druck- als Reizzufälle hatten zugenommen. Was zu tun? Glücklicherweise hörte der Tumult im Unterleibe auf, der Blutstrom wandte sich unter der vorhin erwähnten Behandlung wieder nach der Haut, welche an den unteren Extremitäten warm, am übrigen Körper sogar heiß wurde. Als wichtigste Indikation mußte die gelten, die Resorption der Ausschwitzungen herbeizuführen, und um hierauf hinzuwirken, entschied ich noch für einen lokalen reizenden Eingriff, zu einer kalten Begießung nämlich vermittels einer Gießkanne, an der das siebförmige Endstück entfernt war, ausgeführt — nach dem hier üblichen Sprachgebrauch die kleine Dusche genannt. Von dieser Operation durfte ich einen guten Erfolg hoffen, da die Haut eine bestimmte Turgeszenz zeigte, eine Begießung demnach nicht kontraindiziert war. Als Wirkung derselben zeigte sich, daß der Puls, welcher vor der Dusche 109, Respiration 36 war, nach derselben sich änderte, auch die Respiration auf 28 fiel, und zugleich ebenmäßiger wurde. Das Bewußtsein war klarer geworden: Patient erklärte, daß die Dusche ihm wohlgetan, und verlangte ihre Wiederholung. In den ersten fünf Minuten blieb Patient ruhiger, dann aber wurden die Jaktionen und das Irrereden lebhafter, die Haut jedoch blieb selbst an den unteren Extremitäten warm und turgeszierend, nach einer halben Stunde trat größere Ruhe als vor der Kopfdusche ein, das Einbohren des Hinterhauptes in das Kissen hatte gänzlich aufgehört.

Gegen 8 Uhr vormittags verlangte Patient eine Kopfdusche, die ich ebenfalls für indiziert hielt. Nach dieser Puls 96, Respiration 24—25.

Nach einer Viertelstunde abermals Aufregung, namentlich war das Sehnenhüpfen wieder vermehrt, ebenso die Agitation des Kranken, die Pupille immer noch unbeweglich bei starkem und mattem Licht, wodurch der Anblick des Kranken, wenigstens für Ärzte, sehr beängstigend blieb. Die Haut, ziemlich gleichmäßig warm, wurde stellenweise duftend und feucht, der Puls wurde ruhig (88 Schläge), die Respirationsfrequenz blieb sich gleich. Patient versinkt beständig in einen schlafähnlichen Zustand, aus dem er periodisch aufwacht, um etwas zu trinken.

Um 10¹/₂ Uhr nahm ich die dritte Kopfdusche vor, und das Resultat derselben lieferte unstreitig den schönsten Moment der Kur. Ich bat nämlich hienach den Kranken, die Augen zu öffnen. Wie erstaunten alle Ärzte, als die Pupille ihre krampfhafte Starrheit vollständig verloren hatte und wie bei einem Gesunden auf jeden Grad des Lichtreizes entsprechend reagierte!

Damit war denn auch der geistige Ausdruck des Gesichtes zurückgekehrt, und da gleichzeitig nicht die mindeste Verworrenheit aus den Reden des Kranken hervorleuchtete, so war die Hoffnung, den Kranken nicht bloß körperlich, sondern auch geistig der größten Gefahr zu entreißen, wesentlich gewachsen. Der Puls stieg hienach auf 100, die Respiration auf 30, beruhigte sich aber bald wieder. Von allen gefahrdrohenden Erscheinungen waren nur wenige mehr übrig geblieben — Patient hatte noch keinen normalen, gleichmäßigen Schlaf und redete noch wenige irre Worte. Gegen Mittag erfolgte eine unwillkürliche Urinentleerung, hienach eine Art Somnolenz und Fieber. Das, was aber die Aufmerksamkeit der Ärzte am meisten in Anspruch nahm und ihnen fortwährend die größte Besorgnis einflößte, war der subsultus tendinum. Immer noch waren die Extremitäten in zitternder Bewegung, die Finger gestreckt und ausgespreizt. Diese Besorgnisse konnten unmöglich aus dem geschilderten Gange des Krankheitsverlaufes entnommen werden, sie stammten vielmehr aus den Beobachtungen an Kranken bei medizinischer Behandlung, wobei das Sehnenhüpfen nach Exsudation



auf das Zentralorgan des Nervensystems ziemlich sicher den Anfang vom Ende anzeigt.

Das Bewußtsein, das Gefühl, die willkurliche Bewegung der Glieder, das Sehvermögen waren wieder hergestellt, was nur durch außerordentliche Steigerung der Aufsaugung geschehen sein konnte, warum sollte denn nicht auch noch mehr durch diese erreicht werden? Trotzdem aber, daß auch Nachmittag schon der subsultus tendinum auf der rechten Seite merklich nachließ, so dauerte die Besorgnis der Ärzte über dieses Symptom noch ungeschwächt fort, ein Umstand, der mir die Prießnitzsche Methode nur um so glänzender erscheinen ließ.

Nachmittags 3 Uhr nahm ich die vierte Dusche vor und richtete hiebei den Strahl vorzugsweise aufs Hinterhaupt und den oberen Teil des Rückgrates. Anfangs erfolgte hienach eine gelinge Aufregung, der Puls stieg auf 86, bald aber trat mehr Ruhe ein. Was eine neue angenehme Überraschung verursachte, war, daß der subsultus tendinum rechterseits vollständig aufhörte, links in sehr mäßigem Grade fortdauerte. Sodann überzeugte ich mich davon, daß Patient jedes Glied nach freier Willkür bewegen konnte und weder durch Krampf noch durch Lähmung gehemmt war.

Abends 6 Uhr verlangte Patient (zum erstenmal) ein Gefäß, um Urin zu lassen, dieser ließ sofort einen sehr starken, ziegelmehlartigen Bodensatz fallen. Die Haut war am Nachmittag angemessen warm, weich, stellenweise sogar feucht; gegen 8 Uhr abends wurde sie mehr trocken und bis Mitternacht brennend und stechend heiß. Da gleichzeitig wieder der Kopf des Kranken eingenommen war und sich sehr heiß anfühlte, der Puls voller, frequenter und härter wurde, so ließ ich Patient am 25. früh um 1 Uhr ein Halbbad von 22° zwei Minuten lang nehmen, wobei ein flüchtiges Gießbad und eine Kopfdusche appliziert wurden. Das genügte, um das Fieber in angemessene Schranken zurückzuführen, den Kreislauf von neuem gegen die Haut zu lenken und die Epuration des gewaltig mißhandelten, in seinen Grundfesten erschütterten Organismus anzubahnen. Die folgenden 12 Stunden waren für den beobachtenden Arzt voller Interesse. Die Zentralorgane des Nervensystems waren vier Tage lang in heftigster Aufregung verblieben; war es gelungen, sie vollständig zu entlasten, so mußte ein langer, nachhaltiger Schlaf als psychische Krise eintreten; dieses konnte jeder voraussehen. Die Nieren hatten ihre kritischen Ausscheidungen begonnen und setzten sie noch mehrere Tage fort, da der Urin sehr saturiert war und gleich nach seiner Entleerung einen ziegelmehlartigen Bodensatz fallen ließ. Von der Hauptkrise, die durch die äußere Haut erfolgen mußte, glaubte ich auf Grund analoger Erfahrungen behaupten zu können, daß sie 94 Stunden nach Beginn des ersten Bades eintreten werde.

Doch was geschah! Patient verlangte Ruhe, schlief mit öfteren, aber kurzen Unterbrechungen bis 9 Uhr, verlangte bald wieder Ruhe, um nochmals zu schlafen bis Mittag, und schlief nochmals bis Abend mit häufigen Unterbrechungen. Der Schlaf war ein vollständig normaler; selbst der subsultus tendinum war verschwunden und mit ihm ein neuer Teil der ärztlichen Besorgnisse, aber noch lange nicht der ganze Rest: „Die Krise durch die Haut", sagte man mir, „wird nicht eintreten, wir haben acht Tage lang vergebens darauf gewartet und hingearbeitet, sie wird nur am Oberkörper erfolgen". Da wir von den Krisen redeten, so erbat ich mir das Arzneibuch. Ich ersah, daß Patient in drei Mixturen Brechweinstein und in mehreren Pulvern 35 Gran Kalomel genommen hatte, bemerkte also über die zu erwartenden Krisen: „Das Quecksilber wird sich in lebhafter Salivation durch den Mund ausscheiden, der Brechweinstein wird auf die Haut übgelagert, woselbst sich Pusteln bilden werden, gerade als wenn Brechweinsteinsalbe eingerieben worden wäre; die Hautkrise aber wird vollständig eintreten, aber erst 94 Stunden nach Beginn des ersten hydriatischen Eingriffes." Die mancherlei Unterbrechungen des Schlafes wurden durch empfindliche Schmerzen an den durch Senfpflaster und Reibungen gereizten Waden, durch Drang zum Urinieren, größtenteils aber durch die den Ärzten jedenfalls etwas auffallende Erscheinung von lebhaftem Hunger bewirkt. Ein konsistentes Frühstück mit Cliquot wurde verlangt, doch nicht gewährt. Bei medizinischer Behandlung kommt diese Erscheinung nicht vor Vollendung der Krise vor. Um 9 Uhr Puls 76, die Respiration 24.

Der weitere Verlauf der Sache bot ein namhaftes Interesse durch die Art und Weise, wie die Krise eintrat. Mit dem Eintritt der Hautkrise war die Rekonvaleszenz gesichert. Ich war aber genötigt, mich von jenem Kranken mehrere Male zu entfernen, kann über den Moment des Eintrittes der Hautkrise nur soviel sagen, daß der Schweiß bereits 92 Stunden nach Beginn des ersten hydriatischen Eingriffes begonnen hatte, also ohne wesentliche Differenz von der prognostizierten Eintrittszeit. Der Schweiß war gleichmäßig verbreitet: an den Füßen so reichlich wie an der Brust, dabei mehrere Tage lang nachhaltend, sparsam und äußerst klebrig.

Die Wirkungen des Quecksilbers ließen nun auch nicht lange auf sich warten. Das Zahnfleisch wulstete sich auf, wurde schlaff und schmerzhaft, an der Zunge, die sich später mit braunen Krusten bedeckte, entwickelten sich schmerzhafte Bläschen, der spezifische stinkende Geruch drang aus dem Munde und ein reichlicher Speichelfluß währte über 14 Tage zum größten Nachteil für den Kranken, dessen Erholung dadurch und durch andere hier anzureihende Erscheinungen sehr gehemmt wurde. Mit größter Wahrscheinlichkeit kann weiter behauptet werden, daß bei Einleitung einer kräftigen Wasserkur im Sommer der Speichelfluß sich wiederholen wird, da die Ausscheidung des Quecksilbers noch keine vollständige ist, da die Naturkraft ohne mächtige Unterstützung hiebei nicht zum Ziele gelangt und eine weitere Anwendung des Wassers vorläufig hier, aus naheliegenden Gründen nicht stattfinden konnte. Mit der Hautkrise trat eine weitere, auf die eigentlich nicht gerechnet war, ein, nämlich eine solche durch die Lungenschleimhaut. Ein nicht unbedeutender, sehr quälender Husten, der dem Kranken sehr oft die nächtliche Ruhe raubte, erhob sich und währte mehrere Tage, bis er durch ein anderes Ereignis verdrängt wurde. Die Ausscheidung des tartarus emeticus hatte ich den Ärzten und Nichtärzten, die anwesend waren, vorausgesagt und genau beschrieben. Sie zeigte sich auf der Brust. Von der Spitze des Brustbeines gegen beide Brustwarzen bis zu den Schlüsselbeinen bildete sich Pustel an Pustel unter heftigem Brennen und Stechen, ganz in Größe und Form denen gleich, die man durch Einreiben von Brechweinsteinsalbe erhält. Die sonderbare Verbreitung des Ausschlages veranlaßte mich zu der Frage, ob Patient eine offene Weste getragen, da der Ausschnitt einer solchen ganz der befallenen Hautstelle entsprach, was bejaht wurde. Da Patient weiter äußerte, daß er nie eine Unterjacke trage, so war ich meinerseits davon überzeugt, daß die Natur dadurch disponiert war, diese Hautstelle zur Ablagerung heterogener Stoffe zu wählen, weil jene Stelle in beständigem direkten Wechselverkehr mit der atmosphärischen Luft die regste und kräftigste Lebenstätigkeit entwickle, was wenigstens jedem Naturarzte einleuchten muß. Bezüglich der Dauer solcher von innen herausgeworfenen Brechweinsteinkrisen sagte ich, daß dieselbe über 2 Monate betragen würde, was (gegenwärtig sind 6 Wochen verfloßen, ohne daß vollständige Heilung erfolgt ist) hier so ziemlich sich als richtig bewähren dürfte. Unbeschreiblich sind die Beschwerden, die Patient hiedurch erdulden mußte, sowie dadurch die eigentliche Rekonvaleszeuz um mindestens 6—8 Wochen verzögert wurde. Hiemit war der Kreis der Krisen noch nicht geschlossen. Jucken, Beißen, Prüklen, Stechen stellt sich an verschiedenen Stellen der Haut ein; hier sah man kleine Knötchen und Pusteln, dort bildeten sich größere Furunkeln. Die Waden verloren die Epidermis und wurden wund, daraus mag man sich den kläglichen Zustand des Kranken erklären. Dennoch blieb ihm der Appetit, sowie gesunder, wenn auch sehr unterbrochener Schlaf. Die Erholung machte aber gar langsame Fortschritte, da es unmöglich gewesen wäre, durch Wasseroperationen sie zu beschleunigen.

(Schluß folgt.)

Säuglingsfürsorge und Milchhygiene.

Von Dr. **L. Wechsler.**

Im Brennpunkte aller sozialhygienischen Bestrebungen steht heute die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Unaufhaltsam pflanzt sich die Bewegung fort in Stadt und Land, bewegt alle Schichten der Bevölkerung, Ärzte, Laien, Private, Korporationen, kommunale und staatliche Behörden und auf der ganzen Linie schreit es nach Abhilfe, nachdem die hohlen Phrasen verstummt sind, mit denen man sich Jahre hindurch einlullte und sein Gewissen salvierte, daß in der hohen Säuglingssterblichkeit ein naturnotwendiges Ventil gegen Übervölkerung und Überproduktion geschaffen sei und nun im Gegenteil immer mehr und mehr die Erkenntnis Platz griff, daß die junge Kinderwelt ein volkswirtschaftliches Kapital repräsentiere, mit dem der Staat wohl oder übel rechnen müsse, soll er nicht alljährlich eine Einbuße von vielen Millionen durch ihren Massentod erleiden und sich im Gegensatze zu früher, dem sorgenlosenvollen Ausblick in die Zukunft das Gespenst der Depopulation entrollen. (Otto Soltmann.)

Speziell wir in Österreich dürfen diese Aufgabe nicht auf die leichte Schulter nehmen. Hand in Hand mit Ungarn genießen wir an der Seite Rußlands den traurigen Ruhm, in der Skala der Säuglingssterblichkeit an höchster Stelle zu stehen. Von hundert Lebendgeborenen sterben im ersten Lebensjahre nach Silbergleit in Irland 9·7, Österreich 25·4, europäisches Rußland 29·6.

Eine der ersten Staaten, der dieser Frage sein besonderes Augenmerk zuwandte, war Frankreich. Man steht hier vor der schweren Tatsache, daß die Bevölkerung stationär bleibt, was auch durch die letzte Volkszählung erhärtet wurde. Die Ärzte wiesen nun daraufhin, daß auf direktem Wege eine Vermehrung der Bevölkerung nicht herbeigeführt werden könne, aber in anderer Form ließe sich dieses Ziel erreichen. In Frankreich sterben alljährlich ungefähr 150.000 Säuglinge; gelänge es, sagte Dr. Budin, mindestens die Hälfte davon am Leben zu erhalten, so hätte man den sehnlichst erwarteten Bevölkerungszuschuß. Dr. Variot wies nun daraufhin, daß man „Milchtropfengesellschaften“, „Gouttes de lait“, gründen solle. Diese setzen sich zum Ziele, die Bevölkerung der Großstadt mit guter Milch zu versorgen und zwar wird armen Leuten Milch für Säuglinge in tadellosem Zustande entweder ganz kostenlos oder zu geringerem Preise geliefert. Voriges Jahr fand der erste internationale Michtropfenkongreß in Paris statt. Prof. Escherich hat diese Bewegung auch in Wien eingebürgert; im St. Anna-Kinderspital steht ein eigener Pavillon „Säuglingsschutz“ für Säuglingsmilch, in dem unter steter ärztlicher Kontrolle Milch abgegeben wird. Gegen Armutszeugnis wird die Säuglingsmilch hier unentgeltlich abgegeben.

In Berlin sind gegenwärtig vier städtische Fürsorgestellen, die die ganze Stadt umfassen, für bestimmt abgegrenzte Bezirke eingerichtet worden, in denen dürftige Mütter und Pflegemütter von Säuglingen sich unentgeltlichen ärztlichen Rat über die Wertung und Ernährung der Säuglinge einholen können. Mütter, die nicht stillen können, ferner Pflegemütter erhalten Milch, dem Zustande des Kindes angepaßt, in Portionsflaschen fertig zubereitet, damit nicht erst durch vieles Hantieren in der engen Häuslichkeit Staub oder andere schädliche Stoffe der Milch beigemengt werden.

Unser Ideal ist es, daß die Mütter selbst ihre Kinder stillen; aber auch auf dieses Ideal paßt die Definition, daß es nicht erreicht wird. Der Arzt steht in vielen Fällen vor der Tatsache, daß das Selbststillen einfach unmöglich ist. Entweder ist eine Atrophie oder geringe Ausbildung der Michdrüse vorhanden, oder der Körper der Mutter ist durch schwere Krankheiten so geschwächt, daß der Arzt selbst von dem Stillen abraten muß, oder aber — und dies trifft besonders auf die Großstadt zu, und zwar in steigendem Maße — die Anteilnahme der Frau an dem gewerblichen Leben und dem Erwerbe nimmt ihr einfach die Zeit, die sie zum Stillen brauche. In allen diesen Fällen ist es die Hauptsorge des Arztes eine einwandfreie Kuhmilch zu erhalten.

Die Vorsorge für eine gute Kindermilch wird unter dem Namen „Milchhygiene“ zusammengefaßt. Als Mustervorschrift wollen wir nachstehend die Vorschrift der Kölner Säuglingsmilchanstalt wiedergeben.

I. Gewinnung der Milch nur von gesunden Kühen.

1. Vor allen Dingen sind von der Milchgewinnung ausgeschlossen: Kühe mit Euter-, Lungen-, Darm- und Gebärmuttertuberkulose, Euterentzündungen, fieberhaften Allgemeinerkrankungen, insbesonders mit Darm- und Gebärmutterentzündung, bösartigen Klauengeschwüren und Kühe mit zurückgebliebener Nachgeburt.

2. Bei Auftreten der Erscheinungen der unter 1 genannten Krankheiten oder des Verdachtes auf sie ist der mit der Kontrolle beauftragte Tierarzt zwecks Entscheidung über die Verwendung der Milch sofort zu benachrichtigen.

3. Neu einzustellende Kühe sind alsbald tierärztlich auf ihren Gesundheitszustand zu untersuchen und zur Gewinnung von Milch nur dann einzustellen, wenn sie frei von den unter 1 genannten Krankheiten befunden worden sind.

II. Saubere Haltung und Pflege der Milchkühe.

1. Im Kuhstall soll die größte Sauberkeit herrschen und ständig, besonders aber während des Melkens, gute, reine Luft vorhanden sein. Um dieses zu erreichen, ist für eine gute Ventilation und schnelle Ableitung der Jauche Sorge zu tragen.

2. Gute, reinliche Streu in ausreichender Menge. Einstreu von Bettstroh ist nicht nur für die Kühe, sondern auch für die Pferde und Schweine in Molkereibetrieben verboten.

3. Die Kühe sind dauernd am ganzen Körper in einem sauberen Zustand zu halten und müssen möglichst täglich geputzt werden. Auf eine tunlichst reine Beschaffenheit des Euters, der inneren Schenkelflächen und des Schwanzes ist besonders zu achten. Die Aufstellung auf erhöhten Standplätzen, die sogenannte Holländeraufstellung ist zu empfehlen.

4. Zur Fütterung sind alle landwirtschaftlichen Futtermittel zuzulassen. Voraussetzung ist gute Beschaffenheit derselben. Futtermittel, welche die Beschaffenheit der Milch zu beeinträchtigen geeignet sind, derselben einen bitteren, ranzigen Geschmack oder gar giftige Eigenschaft verleihen, dürfen den Kühen entweder gar nicht oder unter Beachtung gewisser Vorsichtsmaßregeln gereicht werden. Gänzlich ausgeschlossen sind alle fauligen oder anderweitig zersetzten Futterstoffe, Kohlrüben und Wicken.

III. Reinliche Gewinnung der Milch, Abkühlen derselben.

1. Die Euter und die Umgebung sind vor dem Melken mit einem trockenen Tuch von dem Schmutze zu reinigen.

2. Während des Melkens ist der Schwanz der Kuh festzubinden.

3. Das Melkerpersonal hat sich zum Melken sauber anzuziehen und Hände und Arme vor dem Melken gründlich zu waschen.

4. Die erste Milch aus den einzelnen Zitzen ist in die Streu zu melken.

5. Die Milch ist sofort nach dem Melken durch ein geeignetes Metallsieb, am besten mit Watteeinlage zu filtrieren und auf einem Kühler tiefgradig abzukühlen.

6. Die Aufbewahrung und der Verkauf der Milch hat in einem vom Kuhstall getrennten eigenen Raum zu geschehen.

7. Melkgeräte und Milchkannen sind nach jedesmaligem Gebrauch sorgfältig zu reinigen und mit heißer Sodalösung zu desinfizieren, hierauf mit reinem Wasser nachzuspülen und zum Ablaufen und Austrocknen mit der Öffnung nach unten aufzuhängen.

8. Eine jederzeitige Revision der Kuhställe auf Erfüllung der vorstehenden Bedingungen ist zu gewährleisten.

So wurde ich auf die Guntramsdorfer Kindermilch aufmerksam gemacht. Diese Meierei genießt allgemein den Ruf, einen musterhaften Betrieb zu haben. Aber auch sonst soll sie den Bedingungen entsprechen, die die Kölner Mustervorschrift aufstellt. Die Milch aus dieser Meierei kann als alleinige



Nahrung Säuglingen vom zartesten Lebensalter an gegeben werden, ebenso wie auch älteren Säuglingen. Auch beim Zwiemilchsystem, wenn die Mutter zwar stillt, aber zu wenig Milch hatte, ferner beim Absetzen der Säuge von der Brust kann Guntramsdorfer Milch unbedenklich verwendet werden. In allen Fällen wird die Milch gut vertragen und die Gewichtskurven der Säuglinge sind sehr befriedigend. Die gefürchteten Magen-, Darmkatarrhe treten nie auf; Rhachitis oder Kinderskorbut kommen nicht zur Beobachtung.

Die Kindermilch aus der Guntramsdorfer Meierei kann als eine Milch bezeichnet werden, die unter strengen Kautelen der modernen Milchhygiene gewonnen, allen, selbst weitgehenden Ansprüchen eines Kinderarztes genügt.

II. Referate.

Experimentelle Untersuchungen über die physiologische Einwirkung der Salzsäuredarreichung auf die Magensekretion. Von Dr. Friedrich Heinsheimer, Baden-Baden.

Soviel die Salzsäure therapeutisch gebraucht wird und so zweifellos ihre günstige Wirkung bei einer Reihe von Magen- und Darmstörungen ist, so ist doch über den Mechanismus ihrer Wirksamkeit nur wenig bekannt. Hieraus erklären sich auch die vielfachen Verschiedenheiten ihrer Anwendungsweise, vor oder nach den Mahlzeiten, in selten oder häufig wiederholten, in kleinen oder großen Dosen usw. Aus der großen Literatur über diese Fragen seien nur wenige Beispiele herausgegriffen.

Riedel ist der Ansicht, daß auch bei maximaler Dosierung von Salzsäure eine vorhandene Subazidität quantitativ nicht genügend paralysiert werden kann, da 100 Tropfen Acid. hydrochloric. dil. (= 0·8 *g* Salzsäure) höchstens genügen, 15 *g* Eiweiß zu verdauen. Daß aber durch innerlich verabfolgte Salzsäure die Salzsäuresekretion des Magens selbst angeregt werden sollte, ist Riegel höchst unwahrscheinlich, ebenso daß die inaktiven Profermente durch Salzsäurezufuhr aktiviert werden können; dagegen hält Riegel die Beobachtung von Pawlow, daß durch Salzsäuredarreichung die Pankreassekretion angeregt wird, für klinisch beachtenswert und er schätzt auch die Salzsäure, in kleinen Dosen vor dem Essen gegeben, als Stomachikum. Wie diese letztere Wirkung zu deuten ist, daß ist allerdings nach Riegel ungeklärt.

Boas hält ebenfalls die Frage, wie die Salzsäure ihre Wirkung ausübt, für keineswegs gelöst. Nach Rosenheim kann Salzsäuredarreichung, falls sie in großen Dosen geschieht und falls noch eine gewisse Sekretionsenergie der Magenschleimhaut besteht, das fehlende Drüsensekret oft in vorteilhafter Weise ersetzen. Eichhorst ist ein Gegner größerer oder häufig wiederholter Salzsäuregaben. Nach Tappeiner wird die Magensaftsekretion überhaupt durch keine Säure angeregt, mit alleiniger Ausnahme der Kohlensäure.

Auch experimentell hat man versucht, die Frage zu klären, doch werden die Befunde am Menschen, welche du Mesnil u. a. ausgeführt haben, von Riegel und Boas als nicht beweiskräftig erachtet. Pawlow hat seine klassische Versuchsanordnung ebenfalls benutzt, um zusammen mit Chigin die Darreichung von Salzsäure beim Fistelhund mit Magenblindsack zu studieren. Er fand, daß eine Salzsäurelösung keinerlei Wirkung auf den sekretorischen Apparat des Magens ausübt, daß sie vielmehr nicht anders wirkt als gewöhnliches Wasser; dagegen regt die Säuredarreichung, wie schon erwähnt, die Sekretion des Pankreas entschieden an und hierin sieht Pawlow die Hauptbedeutung der Salzsäurezufuhr. Bickel war der erste, der den Einfluß der Salzsäuredarreichung auf die sekretorische Magenfunktion bei einem Fistelhunde studierte, der an einer chronischen Gastritis mit ausgesprochener Subazidität litt. Die Schleimhaut des „kleinen“ Magens, an dem bekanntlich die Sekretion des eigentlichen Magens in verkleinertem, aber äußerst getreuem Abbilde studiert wird, bot die Zeichen einer schweren Gastritis und das gleiche war, wie die Sekretion des Tieres ergab, in etwas geringerem Maße beim „großen“ Magen der Fall. Bickel benutzte unter anderem folgende Versuchsanordnung: Das nüchterne Tier erhielt mit der Schlundsonde 200 bis 300 *cm*² $^1/_{10}$ Normalsalzsäure in den großen Magen gegossen. Einige Zeit nachher reichte man ihm eine bestimmte Quantität irgend eines Nahrungsmittels oder sonst einer Substanz, von der vorher beim gleichen Hunde festgestellt war, wie durch sie ohne die vorausgegangene Gabe von Salzsäure der Sekretionsablauf im kleinen Magen beeinflußt wurde. So schied z. B. der kleine Magen seit Wochen keine freie Salzsäure mehr ab, wenn man dem Hunde 200—500 *cm*² Milch gab. Gab man aber dem nüchternen Tiere 200 *cm*² $^1/_{10}$ Normalsäure und eine Stunde später dazu noch 200 *cm*² Milch, so wurde nicht nur fast unmittelbar nach der Milchnahrung der aus dem kleinen Magen fließende Saft, der bisher alkalisch oder neutral reagiert hatte, stark sauer, sondern es trat auch in den stündlichen Saftportionen reichlich freie Salzsäure auf, die Gesamtaziditätswerte stiegen während der folgenden 3 Stunden auf 40, 72, 84 und die verdauende Kraft der einzelnen Saftportionen, in Mett'schen Eiweißröhrchen gemessen, nahm zu. Das alles geschah, ohne daß auch nur eine Spur der in den großen Magen eingeführten Salzsäure die Schleimhaut des kleinen Magens berührt hätte. Es war somit keine Rede davon, daß etwa alkalisch oder neutral abgesondertes Magensekret durch eingeführte Salzsäure direkt sauer gemacht worden wäre, vielmehr war infolge der in den großen Magen gebrachten Salzsäurelösuug in den noch funktionsfähigen Fundusdrüsen des kleinen Magens reflektorisch Salzsäureproduktion angeregt worden. Diese Beeinflussung der Saftbildung des kleinen Magens durch die einmalige Einführung von Salzsäure in den großen Magen hielt nun bis zum übernächsten Tage nach dem Versuche an.

Auf Grund dieser Beobachtungen und theoretischen Überlegungen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, kommt Bickel zu folgenden Schlüssen:

1. Die Salzsäure befähigt die kranke Magenschleimhaut, auf die Gabe der eigentlichen Nahrung mit einer gesteigerten Drüsenarbeit zu antworten.

2. Es ist noch nicht die Gabe der Salzsäure allein, die die gesteigerte Saft- und Säurebildung auslöst. Vielmehr wird wahrscheinlich erst durch den Reiz der Nahrung die mit der Salzsäuredarreichung gewissermaßen aufgestapelte latente Energie in lebendige Arbeit umgewandelt; erst die durch die Nahrungsaufnahme entstehenden nervösen Reize treiben die Drüsenzellen zur Saftbildung an.

In den mitgeteilten Experimenten wurde die Salzsäure in den nüchternen Magen gegeben und erst nachher bekam der Hund Milch. In einem weiteren Versuche wurde die umgekehrte Anordnung gewählt, also die Salzsäure (bei dem an subazider Gastritis leidenden Hund) nach der Mahlzeit gegeben; auffallenderweise wurde nun die Saftbildung im kleinen Magen nicht alteriert. Da der Versuch in dieser Form jedoch nur einmal ausgeführt werden konnte, so dürfte er nicht von entscheidender Beweiskraft sein.

In den Experimental-Untersuchungen des Verf. wurden Hunde mit Magenblindsack und Scheinfütterungshunde verwendet und zwar nur solche Tiere, bei denen die Saft- und Säureproduktion im wesentlichen eine normale war. Hiebei kam es darauf an,

1. die Einwirkung der Salzsäurezufuhr auf den „großen“ Magen mit der Scheinfütterungsmethode zu studieren, welche den Verhältnissen am Menschen wohl am nächsten kommt und

2. festzustellen, ob ein Unterschied besteht zwischen der Salzsäurewirkung auf den „kleinen“ Magen, falls die Salzsäure das einemal vor, das anderemal nach der Nahrungsaufnahme gegeben wurde.

Außer $^1/_{10}$ Normalsalzsäure benutzte der Verf. das in jüngster Zeit von Flatow als Ersatz für Salzsäure empfohlene Azidol, das Betain-Chlorhydrat, eine aus der Melasse gewonnene Verbindung, die in wässeriger Lösung in Betain, Trimethylaminoessigsäure und in Salzsäure zerfällt. 5 Tropfen Acid. hydrochlor. offic. entsprechen etwa 0·5 *g* Azidol, 8 Tropfen Acid. hydrochlor. offic. etwa 1 *g* Azidol.



Beim Experiment am Hunde mit Magenblindsack (Pawlowschen kleinen Magen) wurden dem nüchternen Tiere durch die Schlundsonde 200 *cm*³ einer $^1/_{10}$ Normalsalzsäure oder einer 1%igen Lösung von Betain-Chlorhydrat (einander an Salzsäuregehalt annähernd gleichwertig) eingegossen. Genau nach einer halben Stunde bekam das Tier 250 *cm*³ Milch. Halbstündlich wurde die Menge des aus dem kleinen Magen sich ergießenden Sekretes gemessen und diese auf Gesamtazidität und proteolytische Fermentkraft (nach Mett) geprüft. Zum Vergleich wurde genau dieselbe Anordnung gewählt, unter Benutzung von gewöhnlichem und destilliertem Wasser an Stelle der Salzsäure- oder Azidollösungen.

Bei den Scheinfütterungsversuchen wurde dem nüchternen Tiere die Säurelösung durch die Fistel eingegeben, nach zehn Minuten der nicht resorbierte Rest abgelassen und seine Azidität und Menge bestimmt. Jetzt wurde der Hund mit Fleisch „scheingefüttert“ und die Saftmengen von fünf zu fünf Minuten abgenommen.

Im ganzen ergeben die Versuche in eindeutiger Weise das folgende:

1. Salzsäure (und Azidol) regen, vor der Nahrung gegeben, im kleinen Magen die Saft- und Säureproduktion nicht mehr an als einfaches Wasser.

2. Beim Azidol ist zum Beginne der Sekretion eine momentane Reizwirkung festzustellen, die aber sehr rasch wieder abklingt.

3. Diese Reizwirkung tritt auch dann ein, wenn Azidol erst nach einem mehrstündigen Versuch mit Salzsäure gereicht wird.

4. Die erwähnte Reizwirkung ist nicht etwa auf die frei werdende Betainkomponente zu beziehen, da Betain für die Magensekretion fast indifferent ist.

5. Bei der Scheinfütterung scheint die Saftausscheidung aus dem Magen des Hundes nach Azidol- oder Salzsäuredarreichung länger anzudauern als nach Wasser.

6. Auch hiebei zeigt sich die momentane Reizwirkung des Azidols zu Beginn der Kurve.

Hiezu sei noch folgendes bemerkt:

Außer den mitgeteilten Experimenten wurden auch einige Versuche gemacht, bei denen Salzsäure und Azidol nach der Nahrung (eine halbe Stunde nach Milchfütterung) gegeben wurden. Hiebei zeigte sich zunächst das auffallende Resultat, daß zwar eine wesentliche Veränderung von Menge und Azidität der Einzelportionen des vom kleinen Magen sezernierten Saftes nicht eintrat, daß aber die Sekretionsperiode länger dauerte als im Kontrollversuch mit Wasser und zwar bei Salzsäure etwa ebenso lange wie beim Azidol. — Eine gründliche Nachprüfung bei einem anderen Hunde mit „kleinem“ Magen ließ jedoch diese Verlängerung der Sekretionskurve nicht erkennen, so daß aus den Befunden bei der zuletzt geschilderten Versuchsanordnung bestimmte Schlüsse nicht gezogen werden können. Archiv für Verdauungskrankh. XII/2. — Pester med. chir. Presse.)

*

Herz und Schwangerschaft. Von Dr. Rudolf Pollak.

Daß das Eintreten einer Schwangerschaft bei einer herzkranken Person oft kein harmloses Ereignis ist, sondern von der größten Bedeutung für die Trägerin werden kann, das haben die Ärzte schon zu einer Zeit gewußt, als von einer richtigen Erkenntnis der Herzfehler noch keine Rede war.

Den schädlichen Einfluß der Gravidität auf das Herz haben zwei Theorien zu erklären versucht. Spiegelberg lehrt: Durch die Einschaltung des Plazentarstromgebietes steigt der Widerstand im Gebiete der Aorta und somit die Arbeit, die das Herz zu leisten hat. Nach der Geburt ändert sich das rasch. Der Druck in der Aorta sinkt, das venöse Stromgebiet wird relativ überfüllt; damit und unterstützt durch die in demselben Sinne wirkende, infolge der Entleerung der Bauchhöhle eingetretene größere Exkursionsfähigkeit des Zwerchfells strömt reichlicher Blut in die Brusthöhle und zu den Lungen, und die Arbeit für das rechte Herz wächst. Von einem gesunden Organ werden diese Veränderungen bald ausgeglichen, nicht so aber von einem in seiner Mechanik gestörten Herzen, und es hängt von dem Sitze des Fehlers, von dem Grade der Kompensation, von der Beschaffenheit des Herzmuskels und anderen Umständen ab, wie sich der Einfluß der Geburt fühlbar macht.

Nach Fritsch kommt es nach der Entbindung nicht zu einem Sinken, sondern, da bei gleichbleibender Blutmenge ein Teil der peripheren Gefäße ausgeschaltet wird, zu einem Steigen des Blutdruckes. Die gedehnten Bauchdecken fallen herab, in der Unterleibshöhle besteht ein großer Druckunterschied. Das Blut wird aus dem Uterus ausgepreßt, die Arterien sind komprimiert, das arterielle Blut findet an Teilen der Peripherie verengte und verschlossene Gebiete, während die normale Stromrichtung in den Venen durch die Aktion des Uterus begünstigt wird. In das kranke, zu große Herz strömt zu wenig Blut, die Dekarbonisation wird mangelhaft, die Vitalität sinkt. Der Herzmuskel, der nicht mehr normal ernährt wird, verliert an Kraft, daher Nachblutungen, Blässe, Dyspnoe, infolge von Hirnanämie, Konvulsionen, Arythmie, Tod. Je größer das Herz, desto größer die Gefahr.

Beide Theorien, so sehr sie in bezug auf den Blutdruck nach der Geburt auseinandergehen, stehen auf einer gemeinsamen Basis, nämlich auf der Annahme, daß die Arbeit des Herzens während der Gravidität physiologisch erhöht ist. Beide Theorien mußten fallen, wenn das Fehlen dieser physiologischen Vermehrung der Herzarbeit nachgewiesen wurde. Das hat Lahs versucht, der durch ein Experiment zeigte, daß günstig angelegte anastomotische Röhren die Bewegung der Flüssigkeit in einem Röhrensystem begünstigen. Er folgerte daraus, daß in der Schwangerschaft durch das Hinzukommen von Blutgefäßen die Arbeit für das Herz erleichtert wird. Die Übertragung von Ergebnissen solcher Versuche auf den lebenden Organismus hat Fritsch zurückgewiesen, indem er namentlich auf die klinische Beobachtung die Aufmerksamkeit lenkte. Von Autoren, die sich mit diesem Thema beschäftigt haben, hat nur Fellner die Auffassung von Lahs zu der seinigen gemacht. Die Strömungswiderstände seien vermindert, selbst wenn eine ansehnliche Vermehrung der Bahnen stattfinde. Das Herz habe nur größere Blutmenge zu befördern, welcher Forderung es durch raschere Schlagfolge oder besser durch Dilatation nachkomme.

Manchmal wird ein gut kompensiertes Herz durch eine erste Schwangerschaft scheinbar gar nicht, durch eine zweite nicht sonderlich beeinträchtigt, und doch ist von Schwangerschaft eine Verschlechterung des Zustandes zu erkennen.

Bei schweren Herzfehlern zeigt sich ausnahmsweise schon beim Schwangerschaftsbeginn eine Verschlimmerung. Immerhin aber gehört das Eintreten ernster Ereignisse während der Gravidität selbst zu den großen Seltenheiten, die große Gefahr beginnt meist mit der Geburt. Besonders ist die zweite Geburtsperiode für viele herzkranke Frauen verhängnisvoll geworden.

Als Gegenstück zur Beeinflußung des Herzfehlers durch die Schwangerschaft gibt es auch eine Einflußnahme des Vitium auf die Schwangerschaft, welche nur von wenigen Autoren geleugnet wird. Diese Einwirkung äußert sich in Blutungen, vorzeitiger Plazentalösung, Herabsetzung der Lebenskraft des Kindes, Unterbrechung der Schwangerschaft. Die Ursachen für den besonders häufigen Abort bei Vitien werden von verschiedenen Autoren in verschiedenen Dingen gesucht, es ist aber kaum zweifelhaft, daß die erhöhte Neigung zum Abort dabei besteht. Porak meint sogar, man müsse bei Fällen von habituellem Abort aus unklarer Ätiologie unbedingt das Herz untersuchen, wodurch mancher dieser Fälle unserem Verständnisse näher gebracht würde.

Über die Prophylaxe einer Konzeption bei Vitium cordis ist außerordentlich viel geschrieben worden, und es ist natürlich, daß die Autoren, die schlechte Erfahrungen gemacht haben, herzkranken Mädchen das Heiraten verbieten möchten. Die größere Zahl der Autoren steht auch in diesem Lager.

Im allgemeinen aber ist es klar, daß prophylaktische Maßnahmen zu spät kommen. In der überwiegenden Mehrzahl



der Fälle sieht sich der Arzt einer vollendeten Tatsache, der vorhandenen Schwangerschaft gegenüber. Sein Verhalten wird zunächst ein abwartendes sein. Anstrengungen, Aufregungen. Erkältungen wird man zu vermeiden raten, beim Eintreten schwererer Erscheinungen strenge Bettruhe, bei Verstopfung Abführmittel. in jedem Falle Milchdiät anordnen. Bei Störungen im Zirkulationsapparat sind die Kardiaka indiziert.

Was geschieht aber, wenn die diätetischen und medikamentösen Mittel nicht zum Ziele führen? Die vielfach gemachte Erfahrung. daß herzkranke Schwangere Neigung zum Abort, bezw. zur Frühgeburt haben, ein Ereignis, daß in der großen Mehrzahl der Fälle zur Beseitigung der bedrohlichen Erscheinungen führt, hat gezeigt, daß bei Erfolglosbleiben einer abwartenden Behandlung die kausale Therapie einzuleiten ist, und das ist die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. Dieser Eingriff hat manche Erfolge aufzuweisen, wenn er auch in genug zahlreichen Fällen einen tödlichen Ausgang zu verhindern nicht vermocht hat. Grund genug, daß auch hier eine außerordentliche Divergenz der Meinungen herrscht. In beiden Lagern finden wir Namen von Klang. so sind unter den Gegnern eines aktiven Vorgehens zu nennen: Sänger, v. Winckel, Dohrn, Kleinwächter, Gusserow, Eulenburg. Hingegen zählen zu den entschiedenen Anhängern einer Unterbrechung der Schwangerschaft Breisky, H. W. Freund, Bumm, Pinard und insbesondere Leyden. Dieser führt die Zurückhaltung in der Indikationsstellung der Schwangerschaftsunterbrechung auf zwei Gründe zurück: 1. Auf die Gefahren, welche der Eingriff für Mütter und Kinder setzt. und 2. auf die Unterschätzung der Gefahren, welche die Schwangerschaft herzkranker Frauen mit sich bringt. Es ist richtig, daß ein großer Teil von Herzkrankheiten bei Schwangeren deshalb übersehen wird, weil sie sich durch kein Symptom bemerkbar machen. In den leichten, gut kompensierten Fällen wird eben die Schwangerschaft ebenso gut vertragen, wie von einer gesunden Frau, bei wiederholter Schwangerschaft tritt auch hier Schaden ein. Der Eintritt einer Gravidität aber bei Frauen mit schwerem Herzfehler bringt immer Schaden, die Kompensationsstörung wird größer und ist oft nicht mehr rückgängig zu machen. Hier muß der Arzt entscheiden, ob die Patientin imstande sein wird auszutragen, oder ob die Störungen eine solche Höhe erreichen werden, daß mit Wahrscheinlichkeit der Tod zu erwarten ist. Von den schwersten Fällen chronischer Herzkrankheiten gehen 40% infolge von Schwangerschaft und Wochenbett zugrunde. eine Zahl, die groß genug ist, um bei nicht kompensierten Vitien die Unterbrechung der Gravidität zu rechtfertigen. Das Leben des Kindes, das übrigens auch bei natürlichem Verlauf der Schwangerschaft herzkranker Frauen gefährdet ist, kommt gegenüber dem der Mutter nicht in Betracht.

Bezüglich der Einleitung einer Narkose sind die Ansichten sehr different; während die einen sie für schädlich halten, hat sie sich anderen bewährt; besonders das Chloroform erfreut sich zahlreicher Anhänger. Schauta hat eine Mischung von Chloroform, Petroleumäther, Schwefeläther im Verhältnis von 1 : 1 : 2 sehr gute Dienste geleistet.

Nach der Geburt ist der Puls sorgfältig zu kontrollieren und der großen Blutdruckschwankung Rechnung zu tragen. Das geschieht durch Auflegen von Tüchern, Verwendung von Bandagen oder eines Sandsackes von 4—5 *kg*.

Im Wochenbett reiche man Herzmittel in kleinen, Tonika in großen Dosen. Manche Geburtshelfer verbieten das Stillen, während andere in dem Vorhandensein eines Vitium keine Gegenanzeige sehen, einzelne sogar vom Nähren einen günstigen Einfluß bemerkt haben wollen.

Allgemeinste Forderung ist lange Bettruhe, desgleichen lange dauernde Schonung auch nach Ablsolvierung des Wochenbettes. (Prager med. Wochenschr. Nr. 44, 1906.)

*

Ein hinsichtlich seiner Ätiologie eigenartiger Fall von Bleivergiftung. Von MUC. Ernst Bleyer.

Über einen solchen Fall berichtet B., wie ihn im Jahre 1902 Lacour berichtet hat, darin bestehend, daß fast alle Mitglieder eines Mädchenpensionates unter schweren Symptomen von Bleivergiftung erkrankten, wofür sich keine andere Ursache finden ließ, als daß die Wasserleitungsröhre, die in das betreffende Haus führte, einen ziemlich hohen Gehalt an Blei aufwies. Auch ist ein Fall von Strauß beschrieben, in dem Mehl, das mittels mit Blei ausgegossener Mühlsteine bereitet worden war, zu einer Vergiftung Anlaß gab, und Edson beobachtete Symptome von Bleitoxikose nach dem Genusse von mit Chromblei gefärbten Nudeln.

Auch die Applikation bleihältiger Präparate, besonders des Unguentum diachylon (Hebrae) hat schon des öfteren zu Bleivergiftungen geführt.

Im Falle B's handelte es sich um ein 21 Jahre altes Mädchen, das seit einem Jahre an Magen- und Brustschmerzen litt. Sie erbreche sehr häufig nach dem Essen und fühle sich sehr schwach und matt. Seit acht Tagen vor der Aufnahme heftige Schmerzen im Unterleib. Seit vier Tagen Obstipation. Man dachte aufangs an eine Perityphlitis, denn alle die genannten Symptome machten eine solche Diagnose wahrscheinlich, doch ergab dann eine genaue Untersuchung, daß man es mit einer Bleivergiftung zu tun hatte, deren Ätiologie sicherzustellen nach längerem Nachforschen auch gelungen ist.

Was nun die Ätiologie dieses Falles anlangt, so wurde erst einige Tage nach Aufnahme der Patientin durch die Mutter derselben der nötige Aufschluß gegeben. Dieselbe gab an, daß die Patientin in einer Fabrik als Verkäuferin angestellt und seit einem Jahre damit beschäftigt sei, Bleifiguren einzupacken. Es hat also das bloße Manipulieren mit den Figuren, die noch mit Lack bestrichen waren, genügt, um bei dem Mädchen eine chronische Bleivergiftung hervorzurufen. Klinisch kann dieser Fall nicht zu den schweren gerechnet werden. Alle Erscheinungen der schweren Bleitoxikose, Zittern, Bleiarthralgie, ferner Lähmungen und Atrophien fehlten.

Indessen bestätigte die wiederholte Blutuntersuchung die Angaben über die enorme Herabsetzung des Hämoglobingehaltes.

Am 15. November betrug derselbe 5·6 *g*, also etwas über ein Drittel des normalen Gehaltes. Ferner fand sich zweimal das Auftreten von punktierten Erythrozyten, das sind rote Blutkörperchen mit basophilen Granula. (Prager mediz. Wochenschrift Nr. 52, 1906.)

III. Literatur.

Über ein zuverlässiges Heilverfahren bei der asiatischen Cholera, sowie bei schweren infektiösen Brechdurchfällen und über die Bedeutung des Botus (Kaolins) bei der Behandlung gewisser Bakterienkrankheiten. Von Dr. Julius Stumpf. Würzburg. A. Stubers Verlag (Curt Kabisch) 1906.

Verf. schildert ausführlich nach einem historischen Überblick über den innerlichen und äußerlichen Gebrauch der verschiedenen Erdarten, die heutzutage in Form der Bolus alba nur mehr als Pillenkonstituens gebraucht werden, wie er in seiner Praxis dazukam, das Mittel zuerst äußerlich als Wundheilmittel, dann innerlich als Mittel bei Brechdurchfall anzuwenden. Sehr anziehend ist geschildert, wie Verf. bei Ausbruch der letzten Choleraepidemie ohne Urlaub Würzburg (er ist dort außerordentlicher Professor der Medizin und Gerichtsarzt) verließ, ins Choleragebiet fuhr, sich mit den maßgebenden Personen ins Einvernehmen setzte und einige Cholerafälle mit sehr ungünstiger Prognose mit entschiedenem Erfolg behandelte.

Ref. hat über dieses merkwürdige Buch mit einem in Wiener Spitals- und Ärztekreisen außerordentlich geschätztem Kollegen gesprochen. Derselbe reagierte auf die ersten Worte über die Sache mit der Frage, an welcher Art Psychose der Verfasser eigentlich leide. Nachdem er das Buch gelesen, sandte er Ref. einen Brief folgenden Inhaltes: „Abgesehen von der anregenden Form erscheint mir auch der Inhalt soweit plausibel, daß ich in passenden Fällen das harmlose Mittel versuchen will“.

Jedenfalls wäre es nur zu begrüßen, wenn man maßgebenden Ortes die Acht, die über allen Heilmitteln schwebt,



die nicht aus dem Blutkreislaufe eines Vierfüßlers oder aus dem Laboratorium einer chemischen oder der Werkstätte einer Instrumentenfabrik stammen, aufheben und die modernen wissenschaftlichen Untersuchungsmethoden auf die Wirkung der Mittel anwenden würde, die wie die diversen Bolusarten durch Jahrhunderte innerlich und äußerlich zum Wohle der leidenden Menschheit verwendet wurden. Über den klinischen Wert der Bolus steht dem Ref., der dieselbe nach der Angabe des Verfassers bisher in einem Falle zu überprüfen Gelegenheit hatte (wobei sich die Angaben des Verf. bestätigten). kein Urteil zu, aber es wäre zu wünschen, daß der Appell des Verf. an die große medizinische Öffentlichkeit nicht ungehört verhalle. K.

Hausärzte und Spezialisten in der modernen Medizin. Vortrag von Dr. Hugo Bartsch. Zweite Auflage. Heidelberg. Verlag von Otto Pessars. 1906.

Verf. bespricht in lichter verständlicher Weise die Ursachen und Folgen des überhandnehmenden Spezialistentumes. S.

Die puerperale Infektion in forensischer Beziehung. Von Dr. Em. Eckstein, Teplitz i. B. — Halle a. S. Verlag von Carl Marhold, 1907. (24 Seiten.)

Überblicken wir nach den Ausführungen des Verf. die ganze Sachlage der puerperalen Infektion in forensischer Beziehung, so müssen wir uns eingestehen, daß dieselbe die denkbar ungünstigste ist. Ist die technische Ausbildung der Hebammen eine infolge der ungünstigen geistigen und sozialen Qualifikation der Hebammenaspirantinnen in Preußen wie in Österreich eine höchst mangelhafte, so sind die gesamten gesetzlichen Bestimmungen für diese disqualifizierten Hebammen, am grünen Tisch hergestellt, in gleicher Weise mangelhaft zu nennen und unsere Anforderungen und Anschauungen gerade auf die puerperale Infektion nicht entsprechend. Das Streben nach geistig besserem Hebammenmateriale, das einer besseren Ausbildung eben zugänglich ist, besteht leider ohne entsprechende Realisierung fort und nur dann, wenn diese Forderung einmal zur Realisierung gelangt sein wird, wird in logischer Folge erst an eine moderne Ausgestaltung der gesetzlichen Vorschriften auf wissenschaftlicher Grundlage geschritten werden können. Deshalb ist und bleibt es doch Unrecht, an der Hand unzulänglicher Gesetze einen Maßstab an die Leistungen unserer ganz unqualifizierten Hebammen anzulegen und es muß als ungerechte Härte bezeichnet werden, diese Hebammen so hochnotpeinlich zur Verantwortung und Strafe heranzuziehen, die einfach infolge ihrer unzureichenden Ausbildung für ihr Tun und Lassen eben kein Verständnis besitzen. K.

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 12. Jänner 1907.

Paul Albrecht stellt aus der Klinik Hochenegg einen Fall vor, bei dem er vor fünf Wochen eine 35 Jahre getragene Struma cystica wegen einer Kropffistel entfernt hat. Vor sieben Monaten war Strumitis aufgetreten, seit vier Monaten bestand die Fistel. Kropffistel nach Strumitis sind ziemlich selten, im ganzen sind nur 16 Fälle beschrieben. Über die Histologie der Strumitis ist sehr wenig bekannt. In dem vorliegenden Falle fand sich, dem Parenchymmantel der Zyste entsprechend, ein Fremdkörpergranulationsgewebe, das ausgezeichnet ist durch besonders reichlich vorhandene Riesenzellen.

Rudolf Kraus hat in letzter Zeit seine Versuche mit Reinkulturen, Hauttuberkulose bei Affen zu erzeugen, wieder aufgenommen und sie in Gemeinschaft mit Herrn Dr. S. Grosz fortgeführt. Es wurden Makaken mit Reinkultur von Tuberkelbazillen verschiedener Provenienz geimpft. Es wurden hiezu Stämme gewählt, die aus tuberkulösen Organen von Menschen stammen und solche, die vom Rinde herrühren. Es gelang mit den ganzen Stämmen die Infektionen hervorzurufen. Bei den Impfversuchen mit Tuberkulose menschlicher Provenienz entstanden Formen ausheilender und fortschreitender Hauttuberkulose. Ein ganz anderes Bild der Hauttuberkulose erhielt er nach der Impfung mit Perlsuchtbazillen. Die infizierte Haut erscheint nach einiger Zeit gerötet, infiltriert und zerfällt. Der tuberkulöse Prozeß schreitet auf die Nachbarschaft über, indem wieder zunächst die Infiltration auftritt, dann aber wieder zerfällt und große, tuberkulöse Geschwüre bildet. Er faßt seine Versuche dahin zusammen, daß mit Reinkulturen von Tuberkelbazillen verschiedener Provenienz tuberkulöse Hautaffektionen bei Makaken erzeugt werden können, die verschiedenes Aussehen darbieten.

Wahe-Minassian sprach über einige Rassenmerkmale der Armenierinnen. Ergebnisse von Beckenmessungen an denselben. Die Anzahl der Fälle, die von ihm nach dieser Richtung einem genauen Examen unterzogen wurden, beträgt etwas über 600. Unter seinen Fällen waren 308 Frauen und Mädchen von ausgesprochen brauner Gesichtsfarbe mit schwarzem, bald glattem, bald etwas gekraustem Kopfhaar und dunklen Augen. 270, also etwas weniger als die Hälfte, hatten minder dunkle bis lichte Hautfarbe und kastanienbraunes Kopfhaar und nur 22 waren ausgesprochene Blondinen mit blauen Augen und ganz lichter Gesichtsfarbe. Ihre Körperhöhe betrug 140 bis 150 *cm*; sie waren also klein bis mittelgroß und ein hoher Wuchs kam unter ihnen nur selten, etwa einmal unter 100 Fällen vor. Die Konstitution ließ bei vielen unter ihnen zu wünschen übrig. 432 von den 600 Fällen waren Frauen und 168 Mädchen. Ihr Alter schwankte zwischen 13 und 55 Jahren. Die Armenierinnen menstruieren alle frühzeitig, und zwar im 13. und 14. Lebensjahr. Menstruationsanomalien kommen häufig vor und waren durch Affektionen des Uterus und seiner Adnexe bedingt. Bei den meisten der 600 Fälle hatte die Menstruation nach dem ersten Eintreten mehrere Monate lang pausiert und sich später wieder dauernd eingestellt. Der vierwöchentliche Menstruationstypus, mit Ausnahme von sechs Fällen, bei denen die Menses sich alle drei Wochen einstellten, war der allgemein gültige. Das Klimakterium tritt bei den Armenierinnen gewöhnlich mit 40 bis 45 Jahren ein, aber die Fälle sind nicht gar so selten, in denen die Menses bei vorgerückterem Alter noch bestehen. Die von der Schule aufgestellten Beckenmaße: Distantia spinarum 25 bis 26 *cm*, Distantia cristarum ossis ilei 28 bis 29 *cm*, Distantia trochanterum 30 bis 31 *cm*, Distantia Baudeloque 19 bis 20 *cm*, Conjugata diagonalis 12 bis 13 *cm*, Conjugata vera $10^1/_2$ bis $11^1/_2$ *cm*, die, meines Wissens, nur aus Beckenmessungen an Europäerinnen gewonnen worden sind, entsprechen einem bedeutenden Teile der 600 Fälle nicht. 320 Becken erwiesen sich bei meinen Messungen als im großen und ganzen übereinstimmend mit den obigen Maßen. 48 Becken wichen schon hievon etwas ab und die übrigen 232 Becken zeigten so auffällige Unterschiede von denselben Maßen, daß ich mich veranlaßt sah, sie von den ersteren abzusondern und in eine eigene Gruppe einzureihen. Der Gedanke, daß es sich möglicherweise um pathologische Veränderungen, also um Rachitis, in den Becken-, resp. Oberschenkelknochen handle, war anfangs nicht ganz von der Hand zu weisen. Allein er mußte fallen gelassen werden, sobald es sich herausstellte, daß diese Abweichungen sehr häufig (232mal unter den 600 Fällen) vorkamen und somit einen gewissen einheitlichen Typus zeigten, daß die der Rachitis zukommenden Veränderungen sich im ganzen nur zehnmal nachweisen ließen und daß die Fälle, mit Ausnahme weniger Virgines, sämtlich einmal bis mehrere Male spontan und leicht geboren hatten.

Hierauf sprach Samuel Stern über „Psychognostische Erklärung des statischen Sinnes“. Grundlage desselben bildet, wie der Vortragende im ersten Teile seines Vortrages am 7. Dezember 1906 ausgeführt hatte, sein Werk „Allgemeine analytisch-synthetische Psychognosis“. Die Erkenntnis der Orientierung am Leibes- und Weltraum setzt vor allem genauere Kenntnis der Raumwahrnehmung voraus. Jeder wahrgenommene Raum ist ein Konglomerat von Erinnerungsbildern vieler Bewegungsempfindungen. Es gibt einen



Sehraum und einen Tastraum. Beide bilden sich aus den ununterbrochen sich folgenden Bewegungen am Seh- und Tastorgan, verbunden mit deren Empfindungen. Der eigene Leibesraum wird nur durch die verschiedensten Bewegungen aller Körperteile, im Zusammenhang mit irgendeinem Tastkontakt, zur Kenntnis des Bewußtseins gebracht, der Weltraum hingegen durch die verschiedensten Bewegungen der Augen über die äußeren Gesichtsfelder. Um nun das Verhältnis des jeweiligen Leibesraumes zum Weltraum dem Bewußtsein zuzuführen, muß der Leibesraum in irgendeiner Normalstellung des Leibes allen möglichen äußeren Gesichtsfeldern gegenübergestellt werden und die sinnliche Wahrnehmung des Verhältnisses zwischen beiden dem Bewußtsein zugeführt werden, so daß die Erinnerungsbilder dieser Verhältnisse durch häufige Wiederholung der bezüglichen sinnlichen Wahrnehmungen schließlich in feste Verbindung oder Konglomeration geraten. Die Elemente einer aufrechten Normalstellung sind verschiedene Tastdruck- und Kraftäußerungsempfindungen, so z. B. Tastdruck an der Fußsohle, Muskelkraftempfindungen an den Unter-Oberschenkeln, Rücken- und Nackenmuskeln, einfache Druckempfindungen an den verschiedenen Gelenken, Fuß-Unserschenkeln und Kniegelenken. Alle Einzelbewegungen und die ihnen entsprechenden Änderungen des Weltraumes hinterlassen ihre Erinnerungsbilder. Ist nun die Normalstellung in die neue horizontale Rückenlage übergegangen, so erkennt er diese neue Lage an dem Wegfall aller Bestandteile der aufrechten Normalstellung und dem Neuauftauchen von Tastdruck an der ganzen rückwärtigen Körperfläche, ohne jede Kraftempfindung. Ebenso erkennt er den neuen Weltraum aus der Aneinanderreihung aller Einzeländerungen während der Bewegungen. Ist er aber bewußtlos in die Rückenlage umgefallen, so wird er beim Erwachen eben nur seine Rückenlage sofort erkennen, nicht aber den ihn umgebenden Weltraum, falls er zum erstenmal im Leben in diese Lage gekommen war.

i. m.

Kongreß für Kinderforschung und Jugendfürsorge.

Berlin, 1.—4. Oktober 1906.

Der leitende Gedanke der Veranstalter dieses Kongresses war, alle diejenigen, die, sei es beruflich oder außerberuflich für das Kind und seine Entwicklung Interesse haben, zu gemeinsamer Arbeit zu vereinigen. Außer Pädagogen und Ärzten, die das Hauptkontingent bildeten, waren Juristen, Theologen, Lehrer usw. vertreten, wodurch sich der Kongreß ungemein vielseitig gestaltete und durch eine Fülle von Vorträgen sich auszeichnete. Eine ganze Reihe von Vorträgen waren nicht nur für den Fachmann, sondern überhaupt für jeden Gebildeten von Interesse.

So bot der Kongreß in seinen Vorträgen sowohl für Mediziner als Juristen wie auch Pädagogen ungemein viel des Interessanten und sollen im folgenden einige der Vorträge dieser drei Hauptgruppen besonders etwas ausführlichere Erwähnung finden.

Prof. Heubner, Berlin, sprach über das häufige Vorkommen der Idiotie in der Praxis des Kinderarztes, die zirka 4% der Kinderpraxis ausmache. Ihre Ursachen seien teils Vererbung, teils Krankheiten im ersten Kindesalter. Die Prognose hält H. nicht für so schlimm, wie man wohl im allgemeinen annehmen könnte.

Geht bei der Idiotie die Entwicklung zum Besseren oft auch nur langsam vor sich, so soll man sich hiedurch nicht entmutigen lassen. Durch geeignete spezialistische Behandlung in Anstalten läßt sich in etwa der Hälfte aller Fälle wesentliche Besserung des Zustandes der bedauernswerten Kinder erzielen.

Prof. Gutzmann, Berlin, berichtete über das außerordentlich häufige Vorkommen von Stottern und beleuchtet die soziale Bedeutung dieses Gebrechens. Er empfiehlt einen Unterricht der Seminaristen in der Physiologie und Pathologie der Sprache und verspricht sich viel Erfolg davon, daß nicht nur vereinzelte, sondern alle Lehrer das Gebiet der Sprachstörungen beherrschten. Vortragender schließt seine Ausführungen mit folgenden Schlußsätzen: Da die Sprachstörungen eine hervorragende soziale Schädigung ausmachen, so müssen die öffentlichen und privaten Maßnahmen gegen die Verbreitung derselben weit mehr ausgedehnt werden. Nur in gemeinschaftlicher Tätigkeit von Lehrer und Arzt kann das erwünschte Ziel erreicht werden. Dazu hat sich einerseits die Ausbildung des Lehrers auf dem Seminar auch auf die Sprachphysiologie, Sprachhygiene und Sprachstörungen der Schulkinder zu erstrecken, andererseits muß dem Arzte während und nach seiner Studienzeit Gelegenheit geboten werden, sich hierin möglichst ausführlich zu instruieren; ganz besonders der Schularzt muß auf diesem Gebiete umfassende Kenntnis besitzen; dazu ist es notwendig, daß eine zentrale Einrichtung in Form eines staatlichen Ambulatoriums für Sprachstörungen geschaffen wird. Endlich ist eine allgemeine und gleichartige Statistik über das Vorkommen der einzelnen Sprachstörungen im Deutschen Reiche anzustreben; die dazu nötigen vorbereitenden Schritte müssen von einer aus Ärzten und Schulmännern gleichmäßig zu bildenden Kommission beraten werden.

Allgemeines Interesse erweckte auch der Vortrag des Dr. Theodor Heller, Wien: Über psychasthenische Kinder.

Der Vortragende beschreibt eine Kategorie psychopathischer Kinder, bei denen jede längere oder komplizierte Arbeitsleistung auf körperlichem oder geistigem Gebiet schwere Unlustgefühle auslöst, die nicht überwunden werden können und sich unter Umständen als psychische Hemmung geltend machen. Hieher gehören jene Kinder, die mit keiner Arbeit fertig werden, und bei denen sich eine eigentümliche Erwartungsneurose (Prüfungsangst) einstellt. Das pathologische Unlustgefühl wächst oft dermaßen an, daß es bis zu „psychasthenischen Krisen“ kommt, in denen die Kinder planlos herumirren, Eigentumsdelikte begehen, sogar Selbstmord verüben. Die falsche Beurteilung der Psychasthenie als moral insanity führt zu schweren pädagogischen Mißgriffen. Ebenso ist die Psychasthenie von der Debilität, Hysterie und Hebephrenie wohl zu unterscheiden. Psychastheniker, die nicht rechtzeitig einer heilpädagogischen Behandlung unterworfen worden sind, stellen das Hauptkontingent zu den problematischen Naturen und schiffbrüchigen Existenzen. Der Vortragende spricht sich für eine planmäßige Beschäftigungstherapie in vollständiger Änderung des Milieus aus, die in leichten Fällen bei einem Landerziehungsheim, in schweren Fällen in einer Heilerziehungsanstalt stattzufinden hätte.

Besonderes allgemeines Interesse erweckte der Vortrag von Prof. A. Baginsky, Berlin: Über die Impressionabilität der Kinder unter dem Einfluß des Milieus. Aus seiner reichen praktischen Erfahrung als Kinderarzt und Vorsteher eines großen Kinderkrankenhauses schildert er eine große Reihe von Fällen, in denen Kinder lediglich unter dem Wechsel des Milieus, durch die Überführung vom Elternhaus in das Krankenhaus, häßliche Erscheinungen abgelegt haben, ja selbst ernstliche krankhafte Erscheinungen bei Kindern — vorwiegend natürlich solche, die auf nervöser Grundlage beruhen — einfach durch die Krankenhauspflege ohne Anwendung eigentlich ärztlicher Maßnahmen zum Schwinden gebracht wurden. B. folgert daraus den starken Einfluß des Milieus, der Umwelt, auf die Psyche des Kindes. Beim Kind ist die Verquickung von Vorstellung und Empfindung größer als beim Erwachsenen. Weiter sind beim Kinde die Vorstellungen beim Kinde noch locker, noch nicht gefestigt, sie sind daher durch neue Wahrnehmungen sehr leicht zu lösen. Der Trieb, vor allem der Nachahmungstrieb, ist von mächtigem Einfluß auf die Kinderseele, die Einschätzung der Vorstellung als Wirklichkeit ist dem Kinde eigenartig: das ist die Quelle der Phantasie, der Furcht, aber auch der Lüge des Kindes. Die praktischen Folgerungen der B.schen Ausführungen liegen einerseits auf dem Gebiete der Pädagogik: Gutes Milieu beseitigt schlechte Gewohnheiten, besonders die Lügenhaftigkeit bei Kindern; andererseits haben die B.schen Darlegungen ein eminentes juristisches Interesse bezüglich der Kinderaussagen



vor Gericht; dieselben sind für den Kenner wertlos, es sind inkrustierte fehlerhafte Assoziationen. Man kann aus einem Kinde herausholen, was man will. Die deutsche Gerichtsbarkeit scheint sich von diesen Tatsachen noch nicht überzeugt zu haben, sonst würde sie die Bedeutungslosigkeit kindlicher Zeugenaussagen längst erkannt haben. Anders in Schweden, wo vor dem 15. Lebensjahre niemand als Zeuge vernommen werden darf.

Prof. Bernhardt, Berlin, untersuchte die Schlafverhältnisse von 6551 Kindern in Zentrum von Berlin und fand, daß eine erschreckend große Zahl von Kindern zu wenig schlafe. Die Ursache dafür liegt nicht etwa in der Überbürdung, sondern in dem Unverstand der Eltern, die ihre Kinder bis in die Nacht hinein auf der Straße spielen lassen oder sie zu Vergnügungen mitnehmen; aber auch in den traurigen sozialen Verhältnissen, indem viele Kinder im Straßenhandel beschäftigt werden. Auch die Lagerstätten waren unzureichend; bis zu 9 Personen schliefen in einem Zimmer und bis zu 4 Personen in einem Bett.

Dr. Sonnenberger, Worms, besprach die Entwicklung der Ferienkolonien und erörtert sodann den hohen Wert der genannten und verwandter Institutionen (Sol- und Seebäder) für das Wohl unserer kränklichen, blutarmen, nervösen, skrofulösen Schuljugend und bezeichnete die Ferienkolonien auch als wertvolle Waffe, als vorzügliches Prophylaktikum gegen die Tuberkulose im schulpflichtigen Alter. Die beste, sorgsamste und nach jeder Richtung wirksamste Form der Ferienkolonien seien die Ferien- und Erholungsheime, die unter Beihilfe des Staates, der Kommune usw. zu erbauen, am besten aber von privaten Vereinen zu betreiben seien. Derartige Heime müßten auch dem Mittelstand, der bis jetzt jeder Beihilfe für seine kränklichen und schwächlichen Kinder entbehre, gegen geringe Bezahlung zugute kommen.

Es folgten noch eine Reihe von Vorträgen, die in erster Linie für Juristen und Pädagogen viel des neuen boten, auf die wir aber wegen Raummangel nicht näher eingehen können.

V. Aus der Praxis.

Im **„Praktischen Arzt"** Nr. 12, 1906, teilt Steinen folgenden praktischen Wink für Inzisionen mit: Wenn man vor kleinen Inzisionen den Chloräthylspray anwendet, so verliert man bei dem eintretenden Verdunstungsschnee leicht die sichere Orientierung über die genaue Stelle, wo man inzidieren wollte. Es empfiehlt sich aus diesem Grunde mit Jodtinktur die Inzisionslinie vorher zu markieren. Dann hebt sich die tiefbraune Linie deutlich in dem weißen Felde ab und man kann mit vollster Ruhe und Sicherheit genau an der vorher gewünschten Stelle und in der vorher gewünschten Ausdehnung schmerzlos inzidieren.

Creosotum phosphoricum „Heyden".

Wir entnehmen einem medizinischen Briefe aus Holland, abgedruckt in Nr. 41 der „Wiener klinischen Rundschau" folgende Mitteilung, welche unsere Ärzte im Gebrauche der immer zahlreicher auf den Markt kommenden Kreosetpräparate zur Vorsicht mahnt und die wir des allgemeinen Interesses wegen, das sie beansprucht, hier wiedergeben.

„Eine kleine Epidemie von Polyneuritis hat ihrer Ätiologie wegen hier sehr viel Aufsehen erregt und dürfte auch ihre kurze Erwähnung in diesen Zeilen nicht unangebracht sein. Einer der betroffenen Patienten, ein 27jähriger Phototypist, wurde in der Gesellschaft zur Förderung der Natur- und Heilkunde von Prof. Pel vorgestellt. Seit fünf Monaten hatte er Störungen beim Gehen und „Steppage" (Charcot), bezw. Parese der Mm. peronei; auch die Hände waren paretisch. Affiziert waren die nn. mediani, ulnares, radiales, peronei und tibiales postici. Die atrophischen Muskeln boten Entartungsreaktion. Der Kranke hatte sich vorher wegen vermeintlicher Tuberkulose in die Behandlung eines Spezialarztes begeben, der ihm Arsenik injizierte und Creosotum phosphoricum innerlich gab. Sofort wurde an Arsenneuritis gedacht, es waren jedoch nur geringe Dosen des nicht giftigen Natrium cacodylicum einverleibt worden und zwei Monate zwischen der letzten Einspritzung und den ersten Lähmungserscheinungen verlaufen. Diese hatten sich dazu akut entwickelt und es fehlten Sensibilitätsstörungen, was beides gegen Arsenikose sprach. Entschieden wurden indessen die Frage dadurch, daß auch andere Patienten (im ganzen etwa 12) desselben Arztes, ohne mit Arsenik behandelt worden zu sein, von den gleichen Paresen befallen wurden und alle mit Creosotum phosphoricum behandelt waren.

Einer dieser Patienten wurde sogar von der Frau eines anderen Patienten als solcher erkannt, und zwar an seinem eigenartigen Gang. Es wird dieses Creosotum phosphoricum von der Firma v. Heyden zu Radebeul bei Dresden fabriziert, als ein völlig unschädliches, „jeder giftigen Wirkung bares“ Präparat, welches 80% Kreosot und 20% Acidum phosphoricum enthält, überall bei der Behandlung der Tuberkulose warm empfohlen, zumal in Frankreich. Professor Pel hat sich bei den vornehmsten Neurologen des In- und Auslandes nach der toxischen Wirkung des Präparates erkundigt, keine hatte jedoch eine solche wahrgenommen. Zuletzt war ihm eine kleine Schrift von Edmund Chaumier in die Hände gekommen, in welcher auch eine Epidemie von acht Fällen nach dem Gebrauch des genannten Präparates beschrieben wird. Die Störungen waren nur sehr langsam vorübergegangen; sogar nach 12 Monaten war noch keine völlige Heilung erfolgt und jede Therapie war erfolglos. Die Dosis toxica war sehr verschieden. Ein Patient war nach 40tägigem Gebrauch, andere waren schon nach 12 Tagen erkrankt. Dem von Pel vorgestellten Kranken war der Gebrauch des Präparates sehr widerlich und als er zu einer Dosis von dreimal täglich 25 Tropfen gestiegen war, bekam er einen akuten Darmkatarrh, welcher bald von den Lähmungserscheinungen gefolgt wurde. Es ist noch nicht erklärlich, woher das Präparat die giftigen Eigenschaften bekommt, weil weder das Kreosot noch die Phosphorsäure solche besitzt, und auch eine von den Komponenten des Kreosots bewirkte Reduktion der Phosphorsäure, wobei giftige Phosphorverbindungen entstehen könnten, nicht nachgewiesen werden konnte. Eine genaue Untersuchung zeigte nur, daß das Präparat nicht diejenige Verbindung darstellt, als welche es in den Handel gebracht wird; es ist eine weit festere Verbindung zwischen Phosphorsäure und irgend einem organischen Körper. Es wurden Tierexperimente gemacht, aber bei Hunden ist keine Intoxikation eingetreten. Das gefährliche Mittel soll nun aus unserem therapeutischen Arsenal verbannt werden“.

VI. Notizen.

Schularzt in Innsbruck. Über Antrag des Gesundheitsrates wurde in der Sitzung des Innsbrucker Gemeinderates vom 9. Nov. d. J. beschlossen, vorläufig einen Sanitätsassistenten vom 1. Jänner 1907 an als Schularzt zu bestellen. Dieser soll verpflichtet sein, die Schulkinder einmal in Halbjahre zu untersuchen, einen Sanitätskataster für jedes Schulkind zu führen, monatlich einmal in jeder Gemeindeschule Sprechstunde abzuhalten, mindestens einmal im Monate an den Besprechungen des Lehrkörpers, ferner an den Besprechungen im Landesschulrate teilzunehmen, die Pläne neu zu erbauender Schulen zu besichtigen und entsprechende Anträge zu stellen. Im ersten Jahre soll sich die Untersuchung nur auf die eintretenden Kinder beschränken, doch sollen bei den Besprechungen des Lehrkörpers auch Angelegenheiten älterer Schüler zur Sprache gebracht werden können. Dem Schularzte soll es untersagt sein, die von ihm beanständeten Kinder selbst zu behandeln, er hat nur Ratschläge zu erteilen und die Kinder dann behufs Behandlung anderen Ärzten (eventuell Armenärzten) zu überweisen. Der Stadtmagistrat hat bereits für die mit 1. Jänner 1907 zu besetzende Sanitätsassistentenstelle den Konkurs ausgeschrieben.

Merkblatt der Zahnpflege für die Schulkinder in Dresden. Folgende Regeln der Zahnpflege befinden sich auf der Rückseite der Untersuchungskarten:

1. Spüle dir jeden Abend vor dem Schlafengehen mit Wasser mehrmals gründlich deinen Mund aus!
2. Bei üblem Mundgeruch setze dem Wasser ein kleinstes Körnchen übermangansaures Kali zu! Das Wasser darf nur eine Spur Farbe zeigen (schwach rosa)!
3. Reibe dir früh mit der Zahnbürste und ein wenig Waschseife sorgfältig Zähne und Zunge ab und spüle mit Wasser (Zimmertemperatur) nach!
4. Entferne zurückgebliebene Speisereste nach jeder Mahlzeit unauffällig und vorsichtig mit einem Holzstäbchen (Zahnstocher), nie mit einem Metallstifte!
5. Vermeide eiskalte und brennend heiße Speisen und Getränke!
6. Eine Erschütterung der Zähne durch Schlag oder Stoß, das Aufknacken von Nüssen oder Obstkernen, sowie das Abbeißen der Zwirnfäden vermeide stets!
7. Laß deine Zähne im Jahr zweimal — auch wenn du gesunde Zähne zu haben glaubst — von einem Zahnarzt untersuchen.

Leonard Merrick, **Die Sünde.** Roman. Berlin, Albert Goldschmidt. Geheftet 1 Mark, elegant gebunden 1 Mk. 50 Pf. Merricks Roman ist gleich eigenartig in der Anlage wie in der Durchführung. Er schildert die Empfindungen und Erlebnisse eines Mannes, der durch ein Verbrechen zum Reichtum und hoher Stellung gekommen ist, der aber nach wenigen Jahren, von Gewissensbissen gequält, freiwillig auf die Früchte seiner „Sünde“ verzichtet. Diese Fabel gibt dem Verfasser Gelegenheit, die hungernde Armut auf den Diamantenfeldern Südafrikas, sowie den prangenden Überfluß der Londoner Aristokratie zu schildern. Er bewältigt beide Aufgaben mit gleicher Meisterschaft. Nicht gering ist die Kunst, mit welcher die Liebe einer hochherzigen Frau, die dem büßenden Gatten zur Seite steht, und die Zuneigung eines alten Mannes, der in dem Verbrecher seinen Sohn zu lieben glaubt, gezeichnet ist. Merricks Roman steht deshalb turmhoch über der gewöhnlichen Marktware der Unterhaltungsliteratur.





Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch - Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
o. ö. Universitätsprofessor **Dr. J. Nevinny** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/₁, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 5. Wien, 2. Februar 1907. **Nr. 5.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Tuberkulose in Stuttgart 1873—1902.

Ergebnisse der Untersuchungen einer vom Stuttgarter ärztlichen Vereine eingesetzten Kommission.

Bearbeitet von Dr. **Wilhelm Weinberg** in Stuttgart.

(Fortsetzung.)

II.

Die Sterblichkeit an Tuberkulose nach Alter und Geschlecht (ohne Ortsfremde) in Stuttgart.

Tabelle I gibt Auskunft über den Altersaufbau der Lebenden nach Alter und Geschlecht. Sie differiert von der in der Zeitschrift für Krebsforschung angegebenen Tabelle in einigen Ziffern, da inzwischen einige Fehler berichtigt wurden.

Tab. I. Durchschnittliche Zahl der Lebenden in Stuttgart nach Alter und Geschlecht.

Vollendetes Alter Jahre	Männlich			Weiblich		
	1873 bis 1882	1883 bis 1892	1893 bis 1902	1873 bis 1882	1883 bis 1892	1893 bis 1902
0	1436	1391	1621	1502	1426	1661
1—4	4715	4831	5881	4721	4869	5956
5—9	4826	5978	6592	4804	6010	6535
10—14	4265	6156	6523	4136	6002	6449
15—19	6170	7601	9446	6340	8389	10125
20—24	8069	8760	11975	6989	8005	11162
25—29	5442	5529	8252	6037	6428	8967
30—34	4727	4609	6390	5205	5326	6854
35—39	3875	4268	4979	4264	4894	5708
40—44	2910	3919	4338	3293	4558	4951
45—49	2191	3182	3724	2548	3793	4257
50—54	1681	2336	3243	2102	2895	4133
55—59	1244	1686	2579	1685	2205	3342
60—64	897	1174	1879	1302	1748	2517
65—69	608	783	1081	927	1263	1677
70—74	391	479	678	583	813	1113
75—79	195	251	337	266	428	583
80—84	76	105	133	91	168	273
85—89	17	30	30	33	48	69
90—99	3	4	5	4	5	7
	53738	63072	79686	56832	69273	86339

Die Zahlen für die Lebenden sind in folgender Art hergestellt worden:

Die Volkszählungen von 1871, 1875, 1880, 1885 unterscheiden nur Geburtsjahre. Hier wurden je von den Zahlen der Geburtsjahre $5x + 1$ der zwölfte Teil abgezogen, um der nächstniederen Altersklasse zugeteilt zu werden. Auf diese Weise wurden die Zahlen mit den Lebensaltersklassen der Volkszählungen von 1890 und 1900 vergleichbar. Aus den so gewonnenen Zahlen werden die Lebenden für den Durchschnitt der Zeiträume 1873—1882, 1883—1892, 1893—1902 unter der Voraussetzung einer rein arithmetischen Progression der Zu- und Abnahme berechnet.

Die Todesfälle an Tuberkulose der Lungen, sonstiger Tuberkulose, und die unsicheren Fälle sind in Tabelle II. nach Alter und Geschlecht nachgewiesen.

Hieraus ergibt sich folgendes:

Ohne Berücksichtigung des Altersaufbaues betrug die jährliche Sterblichkeit auf 10.000 Lebende der über ein Jahr alten Bevölkerung (siehe Tabelle B).

Diese Berechnung illustriert zunächst die verschiedene Sterblichkeit beider Geschlechter an Tuberkulose. Weiterhin geht aus ihr eine beträchtliche Abnahme der Tuberkulose hervor, die bei den Männern besonders sprungweise vom 2. auf das 3. Dezennium erfolgt. Es liegt nahe, hier an die Erfolge des Heilverfahrens seitens der Versicherungsanstalt zu denken.

Tabelle B.

	Bei den Männern			Bei den Frauen		
	1873 bis 1882	1883 bis 1892	1893 bis 1902	1873 bis 1882	1883 bis 1892	1893 bis 1902
An Lungentuberkulose	32·7	30·7	22·2	18·5	16·7	13·5
„ sonstiger Tuberkulose	5·3	5·6	5·1	4·9	4·4	4·1
„ Tuberkulose überhaupt	38·0	36·3	27·3	23·4	21·3	17·6
Mit unsicherer Diagnose	1·9	2·1	1·4	1·5	1·5	1·0
An Tuberkulose einschließlich der unsicheren Fälle	39·9	38·4	28·7	24·9	22·8	18·6

Die Abnahme betrifft am stärksten die unter Lungentuberkulose zusammengefaßten Fälle. Bei der sonstigen Tuberkulose weisen die Männer sogar eine zeitweise Zunahme auf. Dies hängt wohl mit einer genaueren Unterscheidung des Sitzes der Tuberkulose im Laufe der untersuchten 30 Jahre zusammen.



Auch die unsicheren Diagnosen haben abgenommen, und zwar nicht bloß im Verhältnis zur Zahl der Bevölkerung, sondern bei den Frauen auch im Verhältnis zur Zahl der sicheren Fälle. Sie betrugen nämlich in Prozenten der sicheren Fälle von Tuberkulose überhaupt:

	Bei den Männern	Bei den Frauen
1873—1882	4·8%	6·6%
1883—1892	5·8 „	7·1 „
1893—1902	4·6 „	5·5 „

Die Zunahme im zweiten Jahrzehnt hängt teilweise mit Altersverschiebungen der Bevölkerung zusammen. Außerdem ergaben sich für die Frauen etwas höherprozentige unsichere Fälle als für die Männer.

Sehen wir nun zu, inwieweit die bisher gewonnenen Ergebnisse bei der Berücksichtigung des Alters bestehen bleiben und ergänzt werden.

In Tabelle III, sind die Sterbeziffern nach fünfund zehnjährigen Altersklassen berechnet.

Auch hier ergibt sich wieder die bedeutende Abnahme der Tuberkulose, besonders im dritten Jahrzehnt. Sie beschränkt sich jedoch auf die Erwachsenen und das Alter von 1—4 Jahren, während die Altersklassen von 5—20 Jahren

Tab. II. Todesfälle in Stuttgart ohne Ortsfremde an Tuberkulose nebst unsicheren Fällen nach Alter und Geschlecht.

Alter in vollendeten Jahren	Lungenschwindsucht						Sonstige Tuberkulose						Mit unsicherer Diagnose					
	Männer			Frauen			Männer			Frauen			Männer			Frauen		
	1873 bis 1882	1883 bis 1892	1893 bis 1902	1873 bis 1882	1883 bis 1892	1893 bis 1902	1873 bis 1882	1883 bis 1892	1893 bis 1902	1873 bis 1882	1883 bis 1892	1893 bis 1902	1873 bis 1882	1883 bis 1892	1893 bis 1902	1873 bis 1882	1883 bis 1892	1893 bis 1902
1—4	71	75	59	91	63	61	107	132	120	119	126	126	18	22	7	15	15	9
5—9	18	24	15	25	32	27	32	51	63	44	43	56	2	4	2	10	4	4
10—14	10	26	15	27	49	39	16	18	28	17	28	21	1	2	1	4	1	1
15—19	52	117	110	81	111	137	5	27	21	13	21	24	3	8	6	—	7	9
20—24	154	192	227	111	111	161	19	23	30	18	23	21	3	9	5	5	8	11
25—29	244	196	195	156	145	178	23	18	23	7	14	13	3	10	9	4	2	12
30—34	289	232	201	154	154	141	13	12	14	8	14	12	6	6	1	3	9	5
35—39	251	230	203	124	141	106	17	16	19	10	7	13	6	11	7	3	9	6
40—44	180	281	168	79	124	87	15	10	21	7	7	5	7	16	4	2	6	5
45—49	157	191	182	49	65	65	10	9	15	5	6	10	9	9	6	2	4	4
50—54	111	129	156	38	46	44	5	6	10	5	6	13	8	8	15	4	1	1
55—59	67	89	94	34	30	42	7	4	9	3	2	10	8	8	12	3	10	3
60—64	53	56	61	18	22	29	1	9	6	8	9	8	10	5	9	7	9	2
65—69	27	41	37	18	14	18	5	4	6	4	2	6	6	4	11	12	6	5
70—74	13	9	17	12	3	6	—	1	3	1	3	1	5	6	2	6	10	4
75—79	4	6	5	4	6	4	—	—	4	2	—	1	1	2	1	6	1	1
80—84	—	2	—	1	3	2	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—
85—89	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
90—94	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Zusammen . .	1711	1896	1747	1023	1131	1147	276	340	392	271	313	346	97	130	98	86	101	82

Tab. III. Die Sterblichkeit an Tuberkulose bei der über 1 Jahr alten Bevölkerung Stuttgarts ohne Ortsfremde nach Alter und Geschlecht 1873—1902.

		Auf je 10.000 Lebende kamen jährlich Todesfälle im Alter von … Jahren:																	
		1—4	5—9	10—14	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—99
An Lungenschwindsucht:																			
Bei den Männern	1873—1882	15·1	3·7	2·3	8·4	19·1	44·8	61·1	64·8	61·9	71·7	66·0	53·9	29·5	62·8	66·1	60·9	53·2	24·9
	1883—1892	15·5	4·0	4·2	15·4	21·9	35·4	50·3	53·9	71·7	60·0	55·2	52·8	27·2	52·0	66·5	54·2	49·6	19·6
	1893—1902	10·0	2·3	2·3	11·6	19·0	23·6	31·4	40·8	38·7	48·9	48·1	36·4	20·9	35·5	43·4	42·9	33·1	20·3
Bei den Frauen	1873—1882	19·3	5·2	6·5	12·8	15·9	25·8	29·6	29·1	24·0	19·2	18·1	20·2	20·5	29·4	21·9	19·0	16·2	18·4
	1883—1892	12·9	5·3	8·0	13·2	13·9	22·6	28·9	28·8	27·2	17·1	15·9	18·1	17·7	28·9	22·6	16·9	12·0	9·6
	1893—1902	10·2	4·1	6·0	13·5	14·4	19·9	20·4	18·6	17·6	15·3	10·6	12·6	16·8	19·7	16·5	11·5	11·2	5·9
An Tuberkulose überhaupt:																			
Bei den Männern	1873—1882	37·8	10·4	6·1	9·2	21·4	49·1	63·9	69·2	67·0	76·2	69·0	59·5	32·6	66·3	71·0	65·0	57·1	26·4
	1883—1892	42·8	12·5	7.1	18·9	24·5	38·7	52·9	57·6	74·8	62·9	57·8	55·2	30·0	55·2	69·1	56·7	56·2	20·7
	1893—1902	30·4	11·8	6·6	13·9	21·5	26·4	33·6	44·6	43·6	52·9	51·2	39·9	23·5	38·4	47·9	46·2	37·2	26·2
Bei den Frauen	1873—1882	44·5	14·6	10·6	14·8	18·5	27·0	31·1	31·4	26·1	21·2	20·4	22·1	22·4	31·3	24·0	21·1	21·5	21·5
	1883—1892	38·8	12·5	12·8	15·7	16·7	24·7	31·5	30·2	28·7	18·7	18·0	19·0	20·3	30·9	24·2	18·4	15·6	13·0
	1893—1902	31·4	12·7	9·3	15·8	16·3	21·3	22·3	20·8	19·8	17·6	13·8	15·6	18·5	21·7	18·8	14·6	14·5	6·8
An Tuberkulose einschließlich unsicherer Fälle:																			
Bei den Männern	1873—1882	41·6	10·8	6·3	9·7	21·8	49·6	65·2	70·7	69·4	80·3	73·8	65·9	33·0	67·7	74·1	70·4	67·8	36·7
	1883—1892	47·4	13·2	7·5	20·0	25·6	40·5	54·2	60·2	78·3	65·7	61·2	59·9	31·4	57·1	72·7	60·7	60·8	29·9
	1893—1902	31·6	12·1	6·7	14·5	21·9	27·5	33·8	46·0	44·5	54·5	55·8	44·6	24·2	39·1	49·1	50·8	43·9	28·7
Bei den Frauen	1873—1882	47·7	16·4	11·6	14·8	19·2	27·7	31·7	32·1	26·7	22·0	24·4	23·7	23·1	31·9	24·7	23·0	30·1	33·8
	1883—1892	41·9	13·1	13·0	16·6	17·7	25·0	33·2	32·1	30·1	19·8	18·3	23·6	21·0	32·7	25·4	20·6	20·6	21·2
	1893—1902	32·9	13·3	9·5	16·8	17·3	22·6	23·1	21·9	20·8	18·6	14·0	16·5	19·7	22·5	19·8	15·1	16·2	9·3



teilweise sogar eine Zunahme aufweisen. Gleichzeitig hat auch die Zahl der akuten Erkrankungen der Respirationsorgane abgenommen.

Die Zunahme der Tuberkulose hängt mit der größeren Genauigkeit der Registrierung der Todesursachen in diesen Altersklassen zusammen. Es starben nämlich im Alter von 1—14 Jahren ohne ärztliche Diagnose 1879 22%, 1901 6% der Männer und 21% bezw. 5% der Frauen.

Bei den Erwachsenen erscheint unter Berücksichtigung des Alters auch die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit vom zweiten Jahrzehnt auf das dritte ziemlich sprunghaft.

Die Sterblichkeit bei unsicherer Diagnose zeigt innerhalb der untersuchten Altersklassen folgenden Verlauf. Sie betrug auf je 10.000 Lebende:

Tabelle C.

Alter in vollendeten Jahren	Bei den Männern			Bei den Frauen		
	1873 bis 1882	1883 bis 1892	1893 bis 1902	1873 bis 1882	1883 bis 1892	1893 bis 1902
1—4	3·8	4·6	1·2	3·2	3·9	1·5
5—9	0·4	0·7	0·3	1·8	0·6	0·6
10—14	0·2	0·4	0·1	1·0	0·2	0·2
15—19	0·5	1·1	0·6	0·0	0·9	0·9
20—29	0·4	1·4	0·7	0·7	0·7	1·2
30—39	1·4	1·9	0·7	0·6	1·8	0·8
40—49	3·1	3·6	1·2	0·7	1·2	1·0
50—59	5·4	4·0	4·6	1·9	2·2	0·5
60—69	10·7	4·6	6·7	8·6	5·0	1·7
70—99	10·3	9·2	2·5	12·3	8·7	2·5

Der Einfluß des Alters erweist sich als viel stärker wie bei den sicheren Fällen von Tuberkulose. Dies spricht für einen nicht unbeträchtlichen Anteil von Emphysem an der Diagnose „Lungenleiden“.

Der Einfluß des Alters auf die Häufigkeit der ungenauen Diagnosen geht auch aus einem Vergleich der sicheren Fälle mit den unsicheren nach Altersklassen hervor. Auf je 100 sichere Fälle von Tuberkulose trafen unsichere 1873—1902:

Tabelle D.

Alter in vollendeten Jahren	Bei den Männern	Bei den Frauen
1—9	9·4	7·0
10—19	4·7	3·9
20—29	3·1	4·4
30—39	2·6	4·0
40—49	4·4	3·2
50—59	8·6	7·8
60—69	14·8	36·3
70—99	26·5	50·0

Die unsicheren Fälle sind also bei den höheren Altersklassen imstande, das Ergebnis wesentlich zu verändern. Noch weit mehr kommt dies bei Statistiken in Betracht, die, wie die preußische, auf den ungenauen Angaben bei den Standesämtern beruhen. Im folgenden sind die unsicheren Fälle nicht mehr berücksichtigt.

Das Maximum der Tuberkulosesterblichkeit fällt bei den Männern jedenfalls auf das fünfte, bei den Frauen auf das vierte Lebensdezennium. Ein zweites Maximum zeigt sich im Alter 1—4 Jahre, welches bei der Frau das des vierten Lebensdezenniums noch übertrifft.

In sämtlichen drei Jahrzehnten zusammen beträgt die Sterblichkeit an Tuberkulose:

Tabelle E.

Alter in vollendeten Jahren	Bei den Männern	Bei den Frauen
	‰₀	‰₀
1—4	36·6	37·7
5—9	11·7	13·0
10—14	6·5	10·4
15—19	14·3	15·6
20—29	28·0	20·1
30—39	50·2	27·4
40—49	60·0	21·8
50—59	53·8	18·4
60—69	47·6	16·5
70—99	23·4	12·0

Zum Vergleich der Tuberkulosesterblichkeit beider Geschlechter nach dem Alter ist nach dem Vorgang von Prinzing[5]) die Tuberkulosesterblichkeit der Frau in Prozenten der männlichen Tuberkulosesterblichkeit dargestellt. Sie beträgt für 1873—1902:

Tabelle F.

Alter in vollendeten Jahren	Für Stuttgart 1873—1902
1—4	102
5—9	111
10—14	160
15—19	106
20—29	72
30—39	55
40—49	36
50—59	34
60—69	35
70—99	51

Die hohe Sterblichkeit des weiblichen Geschlechts während der Entwicklungszeit findet in diesen Zahlen für das 11. bis 20. Lebensjahr einen deutlichen Ausdruck. Die vorzugsweise sitzende Lebensweise unserer Mädchen mag daran wesentlich mit schuldig sein, wenigstens findet man in England (siehe Prinzing), wo die Leibesübungen bei den Mädchen mehr gepflegt werden, keinen derartigen Unterschied in der Tuberkulosesterblichkeit der Geschlechter.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

Zweiter Bericht über die Behandlung des endemischen Kretinismus mit Schilddrüsensubstanz. Von Prof. Wagner v. Jauregg.

Wagner v. Jauregg kommt zu folgenden Schlüssen:

Der Kretinismus wird in allen Graden und auch noch in vorgeschrittenerem Alter (seine Beobachtungen reichen bis zum 27. Lebensjahre) durch die Behandlung mit Schilddrüsensubstanz günstig beeinflußt.

Der Erfolg ist um so besser, je früher mit der Behandlung begonnen wird.

In den leichteren Fällen von (wohl meist erworbenem) Kretinismus, in denen keine beträchtlichere Schädigung des Gehörganges vorhanden ist, kann eine volle Heilung erzielt, d. h. es können alle Symptome des Kretinismus beseitigt werden, wenn mit der Behandlung frühzeitig, zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahre, begonnen wird. Dieser Erfolg ist ein bleibender, d. h. er bleibt auch bestehen, wenn nach längerer Behandlung die Zufuhr der Schilddrüsensubstanz eingestellt wird.

Bei einer Anzahl von schweren Fällen von Kretinismus (es dürfte sich in denselben meist um angeborenen Kretinismus gehandelt haben) gelingt es auch beim Einsetzen der Behandlung in einem frühen Alter (ein bis drei Jahren) nicht.

[5]) Prinzing, Die Tuberkulose des weiblichen Geschlechts zur Zeit der Entwicklung und der Geburtsfähigkeit. Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege. XXIII. Jahrg. S. 351



einen vollen Heilerfolg zu erzielen. Ob in solchen Fällen ein noch früherer Beginn der Behandlung (mit sechs Wochen, wie in den beiden früher angeführten Fällen) zu einem vollen Erfolg führen wird, kann ich bei der Kürze der Behandlungsfrist noch nicht sagen.

Was speziell die Störung der Gehörsfunktion anbelangt, ist zu bemerken, daß sowohl die auf Mittelohrerkrankung als auch die auf Labyrintherkrankung beruhende Schwerhörigkeit der Kretins durch die Behandlung gebessert wird. Jedoch erweist sich dieses Symptom widerspenstiger als die anderen Symptome des Kretinismus; und höhere Grade von Störungen der Gehörsfunktion können auch bei Beginn der Behandlung im zweiten oder dritten Lebensjahre nicht behoben werden. Ob ein noch früherer Beginn der Behandlung auch auf diesem Gebiete bessere Resultate zutage fördern wird, kann ich mangels einschlägiger Erfahrungen noch nicht sagen.

Es ergibt sich also aus dem Gesagten, daß man trachten muß, mit der Behandlung so früh als möglich zu beginnen, also sofort, wenn die Krankheit erkennbar wird.

Wir stoßen aber da auf ein bisher noch dunkles Gebiet; es wird von allen Seiten anerkannt, daß die Diagnose des Kretinismus in den ersten Lebensjahren großen Schwierigkeiten begegne. Was den angeborenen Kretinismus anbelangt, glaube ich, daß die Makroglossie und in Fällen, wo er vorhanden ist, der angeborene Kropf in den meisten Fällen schon von der Geburt an die Diagnose ermöglichen werden. Die eigentümliche Nasenbildung (außerordentliche Abflachung der Nasenwurzel und Kürze der Nase) halte ich für weniger charakteristisch, da sie auch anderen Erkrankungen zukommt. Cerletti und Perusini, die sich mit der Diagnose des Kretinismus in der ersten Kindheit eingehender beschäftigt haben, legen ein großes Gewicht auf die Beschaffenheit der Weichteile und auf die Gesichtsfarbe. Ich möchte nach meinen Erfahrungen bezweifeln, daß dieses Kriterium für die ersten Wochen und Monate des extrauterinen Lebens, bei den Fällen von angeborenem Kretinismus, verwendbar ist; denn bei den beiden älteren Kindern der Familie K., über die ich früher berichtet habe, konnte ich mich teils nach den Angaben der Mutter, teils durch eigene Beobachtung überzeugen, daß die Hautschwellungen erst am Ende des ersten Lebensjahres sich einstellten.

Noch schwieriger ist aber die Frühdiagnose des erworbenen Kretinismus, da die Symptome sich allmählich und unmerklich einstellen und erst nach einigem Bestande der Erkrankung deutlich in Erscheinung treten. In diesen Fällen wird vor allem das Ausbleiben des Gehen- und Sprechenlernens einen wichtigen Anhaltspunkt geben. Wenn sich dann die charakteristische bleiche Gesichtsfarbe und mehr oder weniger hochgradige Hautschwellungen und die charakteristische Apathie dazu gesellen, wenn der Verschluß der Fontanelle, der Durchbruch der Zähne auf sich warten lassen, die charakteristische Nasenbildung da ist und das Wachstum nicht recht fortschreitet, ist die Stellung der Diagnose für den Arzt nicht so schwierig.

Die große Schwierigkeit liegt aber darin, daß, um das Kind einer rechtzeitigen Behandlung zuzuführen, die Eltern frühzeitig die Diagnose machen oder wenigstens auf die Vermutung eines beginnenden Kretinismus kommen müssen.

Das kann nur im Laufe der Zeit erreicht werden, indem die Bevölkerung in den Gegenden, wo der Kretinismus heimisch ist, auf die Möglichkeit einer Behandlung dieses Leidens aufmerksam gemacht und dadurch auch der Blick für die Erkennung der frühen Anzeichen desselben geschärft wird. Dieser Zweck wird erreicht, wenn anfangs auch ältere, weniger Aussicht auf volle Heilung darbietende Kinder in Behandlung genommen werden. Die immerhin auch in solchen Fällen eintretenden Besserungen erregen die Aufmerksamkeit nicht nur der Eltern, sondern auch weiterer Kreise und führen dazu, daß allmählich immer mehr Kinder und endlich auch solche aus den ersten Lebensjahren von ihren Eltern ganz spontan der Behandlung zugeführt werden.

W. hat das an den Orten, an denen er diese Versuche machte, selbst erlebt. Anfangs hatte er vorwiegend im schulpflichtigen Alter stehende und selbst ältere Kinder in Behandlung; nach und nach kamen zuerst andere, in diesen Altersklassen stehende Kinder dazu und erst in der letzten Zeit wurden ihm öfters auch zwei- bis dreijährige und selbst noch jüngere Kinder vorgeführt.

Er hofft daher, in einem künftigen Berichte über eine viel größere Anzahl von Kindern aus diesem Alter berichten zu können. (Wr. klin. Wochenschr. Nr. 2, 1907.)

*

Behandlung des Furunkels, Karbunkels und der Phlegmone. Von Prof. Enderlen, Basel.

Bei der Behandlung des Furunkels ist vor allem unnützes Drücken zu vermeiden; es werden dadurch die Kokken nur in die Umgebung hineingepreßt, das Gewebe erleidet eine ausgedehntere Schädigung und ein stattlicher Furunkel wird großgezogen. Im Gesicht besteht außerdem die Gefahr der Verschleppung infektiösen Materiales in die Meningen. Biers Saugbehandlung der Furunkel hat sich so gut bewährt, daß man auf die Kauterisation, Karbolsäureätzung des beginnenden Furunkels, auf die feuchten Verbände, Alkoholumschläge usw. verzichten kann. Die Behandlungsdauer wird durch das Saugen entschieden abgekürzt, das kosmetische Resultat ist besser als nach breiter Inzision oder Kauterisation. Wenn wir den Schröpfkopf verwenden, verbinden wir zweierlei; wir rufen eine Hyperämie hervor, die beim beginnenden Furunkel koupierend wirken kann; beim ausgebildeten Prozeß entfernen wir den Eiter und die nekrotischen Gewebsmassen mit Hilfe der verdünnten Luft. Die Technik des Ansetzens des Schröpfkopfes erfordert eine gewisse Übung. Eine Hauptbedingung ist, daß man nicht zu stark ansaugt. Die Luftverdünnung soll durch Aufdrücken des Daumens auf den Gummiballon nur so weit getrieben werden, daß der Schröpfkopf eben noch hält. Man wird also den Ballon beim Aufsetzen der Saugvorrichtung nur wenig eindrücken und die Entfaltung nur langsam vor sich gehen lassen, damit kein plötzliches, schmerzhaftes Ansaugen zustande kommt. Besonders ist auf dieses schonende Vorgehen bei entzündlicher Umgebung zu achten. Die letztere und den Herd selbst bestreicht man mit Vorteil mit einer dicken Lage von Borsalbe, um eine Infektion der Umgebung zu vermeiden. Das Saugen wird täglich $^3/_4$ Stunden lang ausgeübt, doch so, daß der Saugapparat etwa fünf Minuten liegen bleibt und dann eine Pause von 3 Minuten eintritt. Darauf wird die Salbe mit Äther oder Benzin entfernt und ein aseptischer Verband angelegt. Bei Karbunkeln hat Bier ebenfalls gute Resultate zu verzeichnen, Er trägt von den noch uneröffneten Pusteln die deckenden „Häutchen" mit der Schere ab und benützt zum Saugen eine große Glasglocke. Andere waren weniger glücklich. Lippenkarbunkel mit ihrer meist trostlosen Prognose müssen exstirpiert werden, zunächst ohne Rücksicht auf die spätere Deckung. Gelingt es, den Prozeß damit zu koupieren, dann tritt später die Plastik in ihre Rechte. Bei der Behandlung der Phlegmone dürfen wir von der früher beliebten Anwendung des Kataplasmas absehen; mit dem Zuwarten auf die Reifung der Eiterung wurde viel kostbare Zeit versäumt. Die beginnende Phlegmone der Extremitäten unterzieht man vielfach mit Gewinn der Stauungsbehandlung. Das Eschbaumsche Gummiband wird nach Überfütterung mit einer Mullbinde so angelegt, daß die Bindentouren womöglich sich nicht decken und daß sie nicht zu nahe an den Erkrankungsherd herankommen. Die Stelle, an welcher man die Binde anlegt, muß gewechselt werden, um eine Atrophie der Weichteile, besonders der Muskeln zu vermeiden. Die Hauptschwierigkeit besteht in dem richtigen Anziehen der Binde; der venöse Abfluß soll behindert, der arterielle Zustrom möglichst wenig eingeschränkt werden. Peripher von der Umschnürungsstelle muß der Puls noch gut fühlbar sein. Wenn kein Fehler gemacht wurde, so erzielt man die gewünschte heiße Stauung. Der Schmerz ist ein gutes Kriterium. Eine gut sitzende Binde ruft ihn auch bei längerem Liegen nicht hervor, ebensowenig



treten Parästhesien auf; die Kranken kommen in den Genuß der schmerzlindernden Wirkung der Stauungshyperämie. Blasenbildung und erysipelartige Rötung lassen sich nicht stets vermeiden, dagegen ist es ein Fehler, wenn der Druck des Gummibandes ein Geschwür verursacht. Geht die Phlegmone nicht zurück, oder handelt es sich vom Anfang der Behandlung an um ein vollentwickeltes aber mildes Krankheitsbild, so legt man unter Beibehaltung der Stauung kleine Inzisionen an. Es ist durchaus nicht überflüssig, dem Einschnitte eine gründliche Vorbereitung des Operationsfeldes vorangehen zu lassen. Der Wundverband muß, wenn man staut, locker angelegt werden, damit Platz für das entstehende Ödem gegeben ist. Bier leisiet darauf Verzicht, die Extremität auf eine Schiene zu lagern; Enderlen empfiehlt Ruhigstellung der Extremität. Die stauende Binde soll ungefähr 10 Stunden nach dem Anlegen an eine andere Stelle gebracht werden; kommt sie dabei in das ödematöse Gebiet, so muß man sie nach einiger Zeit etwas anziehen, weil sie sich mit dem Schwinden des Ödems lockert. Nach weiteren 10—12 Stunden läßt man eine Pause eintreten (2—4 Stunden) und nimmt den Verbandwechsel vor. Die Extremität wird hochgelagert, um eine Abnahme der Schwellung zu erzielen. Kontrolliert man während dieser Zeit die Temperatur, so kann man deutlich ein Ansteigen feststellen. Die Erklärung liegt in der erleichterten Resorption. Die langdauernde Stauung wird so lange ausgeübt, bis eine entschiedene Besserung eingetreten ist; dann geht man langsam herunter bis auf eine Stunde. Die Entscheidung, wann man sie definitiv weglassen kann, ist nicht immer leicht zu treffen; bei zu frühzeitigem Verzicht kann der Prozeß von neuem auflodern. In den Fällen von schwerer fortschreitender Phlegmone ist Enderlein auch bei Anwendung der Stauung den großen Inzisionen treu geblieben; nach dem Eingriffe wurde behufs Blutstillung tamponiert. 24 Stunden später aber die Gaze entfernt; in tiefe Taschen kam dann und wann ein Drain zu liegen unter peinlicher Vermeidung der großen Gefäße. Handelt es sich um wenig bösartige, umschriebene Formen in Regionen, welche durch die Stauungsbinde nicht zu beeinflussen sind, so ist sicher der Versuch mit Saugapparaten nach Anlegung eines kleinen Schnittes gestattet. Herrscht dagegen die Tendenz zur Ausbreituug, dann bleibt nur die breite Eröffnung und Tamponade übrig. Es hat keinen Wert, Desinfizientien zu verwenden, da man doch nicht imstande ist, die Bakterienvegetationen zu töten; das gleiche gilt von dem Thermokauter und dem Glüheisen. Der Brandschorf gibt höchstens zur Retention Veranlassung. Will man durchaus spülen, dann genügt das Übergießen von steriler physiologischer Kochsalzlösung aus einer niedrig gehaltenen Kanne. Zwei Tage nach der Inzision wird die Tamponade vorsichtig unter Berieselung von Wasserstoffsuperoxyd entleert und erneuert; mit Vorteil legt man außerdem einige Drainröhren ein. Über den Verband — trocken oder feucht — kann man streiten. Läßt man die nötige Vorsicht walten, so bringt der feuchte Verband keine Nachteile. Wenn alles nekrotische abgestoßen ist, sind Salbenverbände nicht unangebracht In manchen Fällen ist die Sekundärnaht ausführbar, große granulierende Defekte verlangen unter Umständen plastische Operationen. In einfachen, glatt verlaufenen Fällen kommt eine Nachbehandlung kaum in Betracht. Anders verhält es sich, wenn nach einer schweren Phlegmone (besonders der oberen Extremität), die mit ausgedehnter Sehnen- und Fasziennekrose einherging, starke Störungen der Beweglichkeit eintreten. Diese werden trotz Inzision, Stauung, Bädern und frühzeitigen Mobilisierungsversuchen nie vollkommen verschwinden. In den ungünstigsten Fällen ist auf keine Weise, trotz aller Mühe und Arbeit, irgend ein brauchbares Resultat zu erzielen. Sonst läßt sich durch Massage, Bäder, Stauung, Saugapparate (Bier). Behandlung mit heißer Luft, Zanderapparate noch manch zufriedenstellender Erfolg erreichen. Pflegmonen der Kopfschwarte und des Gesichtes schließen sich an unzweckmäßig behandelte Verletzungen an. Ist die Wunde genäht, so entfernen wir die Suturen und tamponieren lose. Haben sich Eitertaschen gebildet, so müssen diese inzidiert werden. An Gegeninzisionen hat Enderlein einigemale die Vorteile der Saugnäpfe angesetzt. Bei Phlegmone der Zunge soll ohne Zaudern ein hinreichend großer Schnitt in das Parenchym gemacht werden, um die Verbreitung der Schwellung nach der Glottis hin aufzuhalten. Das gleiche Ziel hat man bei den Phlegmonen des Mundbodens vor Augen. Retroviszerale Phlegmonen im Gebiete des Halses, retroperitoneale Phlegmone erheischen die Hand des Chirurgen. (Deutsche mediz. Wochenschr. 1906, Nr. 43.)

*

Die Bedeutung der Pawlowschen Tierexperimente für die Magentherapie. Von Dr. P. Rodari, Zürich.

Das größte Interesse für den praktischen Arzt hat wohl die Bedeutung der Pawlowschen Tierexperimente für die medikamentöse Therapie. Rodari faßt die Ergebnisse derselben wie folgt, zusammen: Pawlow kam zur Einsicht, daß die Amara in erster Linie psychische oder Appetitantreiber seien, ließ aber die Frage, ob sie daneben noch eine direkte chemische Aktion auf die Magendrüsen ausüben, offen. Nun hat vor zwei Jahren sein Schüler Borissow diese Untersuchungen an Hunden wieder aufgenommen und ist zum Resultate gelangt, daß die Amara nur durch Reizung der Geschmacksnerven auf reflektorischem Wege eine Magensaftabsonderung anregen, daß ihnen aber jede chemische Wirkung als chemische Safttreiber im Magen selbst abgeht. Damit dürfte man einem Bittermittel das Attribut eines wirklichen Stomachikums zugestehen, wenn nicht die alten Untersuchungen von Buchheim und Schrenk immer noch unwiderlegt daständen, nach denen die Bitterstoffe die chemische Aktion des Magensaftes einschränken, indem sie die Peptonisierungsfähigkeit des Eiweißes herabsetzen. Was nun die medikamentös verordnete Salzsäure anbetrifft, haben die Ansichten über deren therapeutischen Wert im Laufe der letzten Jahre sich sehr geändert. Pawlow hatte an seinen Experimenten nachgewiesen, daß die HCl-Einführung gar keinen oder auf alle Fälle keinen größeren chemischen Einfluß auf die Magendrüsen hat, als das Wasser selbst, welches nur in größeren Quantitäten von mehreren hundert Gramm eine direkte geringe Sekretion anregt. Heichelheim und Kramer wiesen klinisch die Unfähigkeit der HCl als Safttreiber nach, ebenso Riegel, Honigmann und v. Noorden die praktische Unmöglichkeit, mit den medikamentös geringen Mengen von Acidum hydrochloricum dilutum bei hochgradiger Subazidität oder Anazidität eine einigermaßen genügende Eiweißverdauung zu erzielen. Mit dem Nachweis der negativen Rolle der HCl als chemischer Safttreiber im Magen, gebührt Pawlow das große Verdienst, festgestellt zu haben, daß die HCl der mächtigste Erreger der Pankreassektion ist, indem der saure Mageninhalt die Abscheidungen der Bauchspeicheldrüse reflektorisch von der Duodenalschleimhaut auslöst. Die praktisch-therapeutische Konsequenz aus dieser wichtigen Entdeckung wurde erst in den letzten Jahren gezogen. Es ist vor allem das Verdienst der Riegelschen Schule, den Zusammenhang zwischen gewissen Mageninfektionen und chronisch intermittierenden Diarrhöen zuerst aufgeklärt zu haben. Sie wurden als „Magendiarrhöen“ bezeichnet und ihre Ursache im Fehlen des Magensaftes, in einer Achylie, bezw. im Ausfall der Magenverdauung gesucht. So erklärt H. Strauß das Zustandekommen dieser Durchfälle in der Weise, daß einerseits die mechanisch groben, keiner Magenverdauung unterworfen gewesenen Ingesta die Darmschleimhaut mechanisch reizen, und daß andererseits durch den Ausfall der bakteriziden Wirkung der HCl eine größere Anzahl schädlicher Bakterien aus dem Magen in den Darm gelangen. Vor drei Jahren erst gelangte man, indem man sich der Pawlowschen Feststellungen erinnerte, zur Einsicht, daß die erwähnten beiden Momente zu einer völligen Erklärung dieser Diarrhöen nicht ausreichen. Glaessner nämlich stellt mit dem Pankreassekret einer Patientin, das er aus einer Fistel sammelte, Experimente an, bei welchen er in vollkommener



Übereinstimmung mit Pawlow nach HCl-Darreichung eine Vermehrung der Pankreassekretion bis auf das Doppelte der ursprünglichen Menge konstatieren konnte. Dieses beweisende Experiment erklärt uns die schon früher empirisch beobachtete günstige Wirkung der HCl-Medikation bei gastrischen Diarrhöen und so berichtet neulich v. Aldor über sehr günstige Resultate, die er mit mehrmaliger täglicher Darreichung von je 20—30 Tropfen HCl erreichte. Der genannte Autor zieht gewiß mit Recht den Schluß, daß die Anwendung der HCl nur zur Anregung der Pankreassekretion indiziert sei, oder, wie er wörtlich sagt, „daß die HCl-Darreichung nur dort Berechtigung hat, wo wir mit der kompensierenden Steigerung der Pankreasverdauung die fehlende Magenverdauung ersetzen wollen.“

Aus diesen Beobachtungen folgt nun das dritte Moment zur Erklärung der „gastrischen“ Diarrhöen: Durch die fehlende HCl-Einwirkung auf das Pankreas ist dessen Sekretion und damit auch die Darmverdauung eine ungenügende. Das Pankreas ist im Zustande einer funktionellen Hypochylie. Die dabei überhandnehmenden Fäulnis- und Gärungsprozesse reizen so die Darmschleimhaut zur Exsudation und Hypermotilität und damit zur Diarrhoe. In allerletzter Zeit geht Adolf Schmidt darin noch einen Schritt weiter, indem er einen Teil dieser Diarrhoen auf eine primäre Pankreasachylie, sei diese funktioneller oder anatomischer Natur, zurückführt. Auch Schmidt anerkennt hingegen den günstigen therapeutischen Einfluß der HCl-Medikation, gibt aber immerhin vor dieser dem künstlichen Fermentpräparate Pankreon den Vorzug, während ich in solchen Fällen mit Pepsorthin, einer neuen Papain-Magnesiumsuperoxyd-Komposition (Sauters Laboratorien, Genf), gute Erfolge erzielte. Was die Bedeutung der Pawlowschen Arbeiten für das Verständnis der Wirkung gewisser Mineralwässer auf den kranken Magen betrifft, so kam Pawlow, der zwar nicht Mineralwasser sondern deren Hauptkomponenten, d. h. Lösungen neutraler und alkalischer Salze der Alkalimetalle untersucht hat, zu dem Resultate, daß alle diese Stoffe die Magensaftsekretion herabsetzen, sei es, daß man sie dem Versuchstiere allein gibt, sei es, daß man nach deren Einführung Nahrung zu fressen gibt. Damit hat Pawlow nichts neues zutage gefördert und vor allem fand in diesen Experimenten die durch alte Empirie zur Tatsache gewordene klinische Beobachtung keine Erklärung, daß gewisse Mineralwässer bei einem kranken Magen auch imstande sind, die Sekretion anzuregen, eine Subazidität unter Umständen zur normalen Azidität, ja sogar eventuell zur Hyperazidität zu führen. Erst im Laufe der letzten zwei Jahre wurden diese Verhältnisse einwandfrei aufgeklärt, und zwar mittels der Pawlowschen Methode. Dieses Verdienst gebührt in erster Linie Bickel, dem Vorsteher der experimentell-biologischen Abteilung vom pathologischen Institut in Berlin. Seine Untersuchungen beziehen sich auf die Kissinger Rakoczy-Quelle, den Wiesbadener Kochbrunn, das Baden-Badener Wasser und das Wasser der Ostsee, also auf Kochsalzwässer. Seine experimentell gewonnenen Erfahrungen erwiesen sich als unvereinbar mit der alten Vorstellung, es werde durch den Genuß der Kochsalzwässer die sekretorische Magenfunktion gehemmt. Im Gegenteil, er wies nach, daß die Kohlensäure und das Kochsalz die sekretorische Arbeit der Magenschleimhaut begünstigen. Diese Tendenz zur Anregung der Magensaftabscheidung ließ sich an gesunden Hunden feststellen, in auffallenper Art aber ganz besonders an einem an chronischer subazider Gastritis erkrankten Hunde nachweisen. (Wiener klin. Wochenschrift 1906, Nr. 49.)

*

Myasthenia gravis pseudo-paralytica. Von A. E. Sitsen, Assistenten.

Im Sommer 1904 wurde von Prof. P. K. Pel ein Fall von Myasthenia gravis pseudo-paralytica beschrieben, der bald vor der Erscheinung seiner Arbeit unter Zeichen hochgradiger Dyspnoe tödlich geendet war. Die Sektion wurde am folgenden Tage (36 Stunden nach dem Exitus letalis) gemacht. Es fanden sich dabei nur geringgradige Veränderungen.

Faßt man die Ergebnisse der Sektion kurz zusammen, so erhält man folgendes:

1. Kleine, frische Blutergüsse in Hirnrinde, Lunge und Leber.
2. Mit Hämatin gefärbte Schollen in den perivaskulären Lymphräumen im Pons (durch Formalin erstarrte Lymphe).
3. Anhäufungen von Leukozyten in der Leber.
4. Geringe Milzvergrößerung mit spärlichen Follikeln, die lose gebaut waren und viele polynukleäre Zellen enthielten. Dabei leichte Hyperplasie der Pulpa.
5. Vergrößerung der Nieren (Degeneration der Tubuli).
6. Kolloidstruma.
7. Vermehrung der Leykozytenzahl im Blute.

Vergleicht man alle Fälle von Myast. gr. miteinander und mit dem hier beschriebenen, so findet man im Zentralnervensystem nur eine Erscheinung erwähnt, die ziemlich viel vorkam: die kleinen Blutergüsse. Wenn man aber bedenkt, daß sie immer sehr rezent waren, und daß sie in unserem Falle nicht nur im Gehirn, sondern auch subpleural und auf der Oberfläche der Leber vorhanden waren, dann wird es sehr wahrscheinlich, daß sie agonal entstanden und ohne Bedeutung für das Wesen der Krankheit sind. Daneben seien nur noch erwähnt die von Liefmann und in diesem Falle beobachteten Schollen in den perivaskulären Lymphräumen, die auf eine stärkere Durchtränkung des Gehirns mit Lymphe weisen.

Will man dem Verhalten zwischen der Myasthenia gravis pseudo-paralytica und dem lymphatischen System weiter nachforschen, dann ist es also notwendig, daß man bei einer folgenden Sektion alle Körperorgane aufs genaueste untersucht, und zwar sowohl makro- als mikroskopisch. Man darf sich dabei nicht auf die von uns untersuchten Teile beschränken (Blut, Leber, Milz, Herz, Nieren, Nebennieren, Geschlechtsdrüsen, Schilddrüse, Thymus, Hypophysis, Muskeln, Nerven, Ganglien, Rückenmark und Gehirn); auch der Zustand der Lymphknoten, der weiteren Blutdrüsen (Gl. carotica) und des Knochenmarkes soll beachtet werden. Auch die Untersuchung des Blutes beim Lebenden ist sehr erwünscht. (Berl. klin. Woch. Nr. 53.)

III. Literatur.

Diagnose der chirurgischen Nierenerkrankungen unter Verwertung der Chromozystoskopie. Von Dr. Fritz Voelcker, Privatdozent für Chirurgie in Heidelberg; mit 50 Abbildungen im Text. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1906.

Die Chromozystoskopie ist dem Fachmann seit dem Erscheinen der Arbeiten, die Verf. gemeinsam mit Joseph im Jahre 1903 publizierte, wohlbekannt. Sie besteht im wesentlichen in der Applikation eines Farbstoffes in die Blutbahn, der eine artefizielle Färbung des Urins und damit eine Erleichterung der Deutung zystoskopischer Bilder bezweckt. Das schon früher von Caspar benützte Methylenblau erwies sich für den genannten Zweck als ungeeignet, da keine Konstanz in der Farbenausscheidung resultierte, so daß man die vom Verf. vorgeschlagene Substitution desselben durch das Indigkarmin, welches sich schon früher beim Studium der Sekretionstätigkeit der Nieren bewährt hatte, als wesentlichen Fortschritt begrüßen konnte. Nach mannigfachen Versuchen gelangte Verf. zu dem Entscheide, das von Brückner, Lampe & Co. in den Handel gebrachte Carminum coeruleum in 0·4% Lösung in physiologischer Kochsalzlösung als das das geeigneteste Präparat anzusprechen, von diesem 20 cm^3 in die erschlaffte Glutaealmuskulatur zu injizieren, nachdem es vor dem Gebrauche kurz aufgekocht und geschüttelt worden war. Die Einführung des Zystoskops soll 2—3 Minuten nach der Farbstoffinjektion erfolgen. Der künstlich blaugefärbte Urinstrahl erleichtert sodann die Auffindung der Harnleiteröffnungen, die Beobachtung des Sekretionstypus der Nieren usw.

So weit wurden auch die Verdienste der Verf. allseitig anerkannt. Was sie ursprünglich mehr deuten, durch die neue



Methode an alten obsolut machen wollten, wurde von verschiedenen Autoren kritisiert und bezweifelt. Die betreffenden Autoren finden sich in dem vorliegenden Buche wohl namentlich mit Angabe ihrer diesbezüglichen Arbeiten angeführt, doch wird auf eine Polemik mit ihnen verzichtet. Dagegen kargt der Autor nicht mit der Wiedergabe eigener Beobachtungen und Erfahrungen, die er sowohl beim Tierexperimente als am Lebenden gewonnen, teilt die betreffenden Krankengeschichten ausführlich mit und reiht dadurch kapitelweise die durch die Chromozystoskopie gewonnenen Resultate im Einklange und Vergleiche mit den anderen diagnostischen Methoden zu einer speziellen Diagnostik der Nierenkrankheiten. Der Stoff ist dermaßen angeordnet, daß zunächst die Fälle von kolikartigen Unterleibsbeschwerden besprochen werden, bei denen die Feststellung, ob die Nieren ursächlich beteiligt sind, sehr wichtig ist, sodann die Fälle mit pathologischen Urinbefunden ohne andere verwertbare Symptome, weiters die Differentialdiagnose großer Unterleibstumoren.

Bei der Besprechung der Niereninsuffizienz erweist sich der Autor als ein genauer Kenner der einschlägigen Fachliteratur, wobei er einen sehr originellen Vergleich zwischen der Funktion der Nieren mit der Abführanstalt einer großen Stadt bis zur letzten Konsequenz durchführt. Nur die Einteilung der Niereninsuffizienz in drei Stadien ist etwas zu individuell.

Von den speziellen Kapiteln Nierentuberkulose, Nierensteine, Ureterverschluß, Pyonephrose, Nierentumoren und Wanderniere, erheben sich das erste und das letzte über das Niveau der anderen. Bei der Nierentuberkulose verfügt der Autor über eine stattliche Reihe scharf präzisierter Indikationen, gut verfolgter und nicht zuletzt erfolgreicher Fälle, bei der Besprechung der Wanderniere ist er ein wenig aus dem Rahmen des Themas getreten, indem er ätiologisch und allgemein-therapeutische Gesichtspunkte etwas breiter als sonst bespricht. Dies ist aber nur als Plus aufzufassen.

Die Chromozystoskopie bedeutet entschieden einen Fortschritt auf dem dunklen Wege der funktionellen Nierendiagnostik. Sie ist nicht auf die virtuose Handhabung eines Künstlers angewiesen, nicht gebunden an eine bestimmte, nur in der Hand der Erfinder brauchbare Reihe von Technizismen. Die Methode ergibt aber ganz ausgezeichnete Resultate, wenn man sie sinngemäß mit den anderen diagnostischen Methoden verbindet und nicht mehr von ihr verlangt, als sie leisten kann. Wenn andere Diagnostiker die Chromozystokopie entbehren können, tut es ihrer Brauchbarkeit keinen Abbruch und schmälert das Verdienst ihres Erfinders nicht im geringsten.

Die ehrliche Arbeit entstammt der Klinik Czerny in Heidelberg und ist deren Chef gewidmet. Rich. Grünfeld.

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 18. Januar 1907.

Otto v. Frisch stellt einige Fälle aus der Klinik des Hofrates v. Eiselsberg vor, an welchen die Sehnennaht nach Lange ausgeführt wurde.

Martin Engländer hält einen Vortrag über eine einfache Messung der Hauttemperatur und Bedeutung derselben als Körpertemperatur. Ziemlich selten findet man in der Literatur den Gedanken, die Temperatur des frisch gelassenen Urins als Ausdruck der jeweiligen Körpertemperatur zu messen, auch sind die von verschiedenen Autoren angegebenen Methoden der Messung nicht einwandfrei, weil der Harn, der stets eine höhere Temperatur als die atmosphärische Luft besitzt, sogleich nach seiner Entleerung abzukühlen beginnt und die Wärmeabgaben des Harnes an das Meßgefäß und an die Luft bedeutende sein können. Engländer will nun neue Direktiven zwecks Erlangung verläßlicher Resultate geben und schlägt vor:

1. Messen des Harnes in einem Sammelgefäße und nicht im direkten Harnstrahle.

2. Wahl des Materiales für das Sammelgefäß derart, daß dasselbe nicht vorerst vorgewärmt werden müsse.

3. Messung trotz des Sammelgefäßes nicht im stehenden sondern im fließenden Harne.

Engländer empfiehlt als Material zur Herstellung des Sammelgefäßes Filtrierpapier stärkerer Sorte. Jedes aus anderen Materiale verfertigte Sammelgefäß muß zunächst künstlich vorerwärmt werden. Das Filtrierpapier hingegen imhibiert sich sofort mit dem körperwarmen Harne und schon in den nächsten Sekunden fließt der Harn in ein erwärmtes Gefäß. Die Vorrichtung zur Messung besteht nun aus einem Trichter aus Filtrierpapier und einem geprüften Maximalthermometer. Vielfache Messungen ergaben, daß nach 7 bis 8, in maximo 10 bis 12 Sekunden bereits die maximale Temperatur erreicht ist und daß nach dieser Zeit 100 bis 150 *cm*³ Harn entleert werden, ferner, daß diese Mengen genügen, um genaue Resultate zu erzielen. Der Vortragende hat im Verlaufe von zwei Jahren über 250 Messungen durchgeführt. Die täglichen Messungen wurden in ein Tagesjournal eingetragen; aus denselben sind die Ergebnisse der Harntemperatur nach den gleichen Tagesstunden tabellarisch zusammengefaßt. Die Zimmertemperaturen, bei denen gemessen wurde, waren recht differente. Die durchgeführte Rektalmessung ergab das Resultat, daß gleichzeitig dieselben mit den erhobenen Harntemperaturbestimmungen völlig übereinstimmen. Nach diesen Ergebnissen glaubt der Vortragende berechtigt zu sein, sagen zu können, daß die genau erhobene Harntemperatur der Ausdruck der jeweiligen Körpertemperatur ist. Hingegen fand Ref., daß die Achselhöhlenmessung unter Umständen mit großen Fehlerquellen behaftet ist, daß hingegen die vom Vortragenden geübte Methode zur Bestimmung der Harntemperatur wohl geeignet ist, die jeweilige Körpertemperatur richtig zu ermitteln. Engländer empfiehlt sein Meßverfahren als besonders geeignet bei der Untersuchung ambulanter Kranken, ferner für physiologische Untersuchungen bei Bergbesteigungen, Tunnel- und Kaissonbauten usw.

Wilhelm Winternitz erklärt, daß die vom Vortragenden angegebene Methode zwar einen Fortschritt bedeutet, wenn, wie er sagt, die Messung in wenigen Sekunden beendet ist. Andernfalls würde die rauhe Außenfläche des Filtrierpapiers einen großen Wärmeverlust durch Strahlung bedingen. Daß die Achselhöhle ein unverläßlicher Ort für Temperaturmessungen sei, ist ja allgemein bekannt. Die von Engländer empfohlene Harntemperaturmessung wäre beim weiblichen Geschlechte geradezu untunlich und hätte vor der Rektum- oder Vaginalmessung keinerlei Vorzüge.

Auch Hermann Teleky glaubt, daß die Messung im Rektum am Krankenbette genug verläßlich und in wenigen Minuten zu erreichen sei.

Im Schlußworte macht Engländer darauf aufmersam, daß es doch Verhältnisse gebe, unter welchen die Rektalmessung nicht praktikabel ist. „Wenn wir, um auf ein konkretes Beispiel hinzuweisen, nach einer Bergsteigung wissen wollen, um wie viel die Körpertemperatur durch den Berganstieg sich erhöht hat, so ist es, wie ich glaube, doch einfacher, sofort die Harntemperaturbestimmung vorzunehmen, als erst das Thermometer in das Rektum zu stecken.“

Klub der Wiener Kinderärzte.

Sitzung vom 16. Oktober 1906.

Rud. Pollak stellt eine Frau mit ihrem viermonatlichen Kinde vor, bei der es gelungen ist, 11 Tage nach Absetzen des Kindes von der Mutterbrust die Milchsekretion der letzteren wieder in Gang zu bringen. Das Kind nahm zwar die ersten Tage nach Wiederanlegung an die Brust an Gewicht ab, in der Folge aber ansehnlich zu und gedeiht gegenwärtig bei gemischter Ernährung recht gut. Redner ist der Ansicht, daß die Wiederaufnahme des Milchgeschäftes nach dem Absetzen auch in einem späteren Zeitraume, selbst nach vier Wochen möglich ist, wenn Mutter und Arzt die Geduld nicht verlieren.



Emil Ruff demonstriert aus der Abteilung Fraenkel ein Präparat, das er vor wenigen Tagen bei der Operation einer inkarzerierten Hernie gewonnen hat. Es handelte sich um ein neun Monate altes Kind, welches seit 24 Stunden in der rechten Leistengegend einen zirka taubeneigroßen, derben, nicht reponibeln Tumor zeigte. Über dem Tumor bestand Dämpfung. Stuhl, Winde usw. gingen ab, kein Meteorismus, geringer Singultus. Die Diagnose wurde auf Hernia incarcerata gestellt, wobei als Inhalt Netz angenommen wurde. Bei der Operation ergab sich als Inhalt des Bruchsackes das torquierte rechte Ovarium mit Tube, um 180° gedreht, mit schweren Inkarzerationserscheinungen.

Artur Weiß berichtet über die Ergebnisse seiner Untersuchungen, die Desinfektion betreffend mittels Autan. Es ist dies ein von der Firma Bayer & Co. hergestelltes, aus einem Gemenge von Paraform und Erdalkali-Superoxyden bestehendes, leicht nach Formalin riechendes weißes Pulver, das, mit der gleichen Menge Wassers versetzt, zu moussieren beginnt, wobei reichlich Dämpfe frei werden, die aus Formaldehydgas und Wasserdampf bestehen. Das Wasser zerlegt nämlich die Superoxyde in Alkalihydroxyde und Sauerstoff, von denen die ersteren das Paraform in das Formaldehydgas überführen, während das Wasser infolge der sich entwickelnden Wärme in dampfförmigem Zustand übergeführt wird. Für einen Raum von 25—30 *m*³ genügt 1 *kg* Autan, das mit 1 *l* Wasser versetzt wird, worauf man die Türe des zu desinfizierenden Raumes schließt. Nach fünf bis sechs Stunden Neutralisation der noch vorhandenen Dämpfe mittels Salmiakkristallen und Lüftung des Zimmers. So einfach sich dieses Verfahren gestaltet, so wenig befriedigend waren die Ergebnisse der bakteriologischen Experimente. Kulturen von Staphylokokken, Tochterkulturen von den Autandämpfen bereits exponiert gewesenen Staphylokokken-Reinkulturen, Bazillus pyocyaneus, anthracis, dessen Sporen, Typhusbazillen, Paratyphusbazillen gingen in mit Autandämpfen übersättigten Räumen nicht zugrunde, sondern wuchsen überimpft reichlich weiter, während eine mit einer Staphylokokkenkultur in einem anderen Raum gleichzeitig durchgeführte Probedesinfektion mittels des Prausnitzschen Formalin-Sprengapparates das Ergebnis hatte, daß auf der überimpften Platte nur spärliche Kokkeninseln wuchsen, vielleicht nur infolge nachträglicher Luftinfektion.

Julius Mautern demonstriert einen Azidimeter nach Dr. Citron zur quantitativen Bestimmung des freien Salzsäuregehaltes und der Gesamtazidität des Mageninhaltes. Derselbe besteht aus einer graduierten Eprouvette. Rechts sind mit roten Strichen die Salzsäuremengen in Prozent und links grau die Gesamtazidität angegeben. Man füllt die Eprouvette mit filtriertem Magensafte bis zur Markg M. oder eventuell $^1/_2$ M (= 4 *cm*³ Mageninhalt, setzt zwei Tropfen einer Lösung, bestehend aus

Dimethylamidoazobenzol Phenolphthalein āā 1·0
Alkohol 100·0

hinzu, worauf Rotfärbung eintritt. Dann fügt man solange vorsichtig $^1/_{10}$ Normalnatronlauge bei gleichzeitigem Umschwenken bei, bis die rote Farbe in eine kanariengelbe umschlägt und liest rechts ab. Bei weiterem Zusatze von Natronlauge erscheint wieder die rote Farbe. Sobald dieselbe bei weiterem Umschwenken bleibend sich zeigt, gibt die Niveaumarke links die Gesamtazidität an. Nach Kontrollversuchen, die Mautner angestellt hat, dürften die Zahlen ziemlich verläßlich sein. Die Vorteile des Apparates sind klar. Er ist handlich, billig, seine Handhabung erfordert keine besondere Technik, die Untersuchung ist rasch beendigt und benötigt nur eine kleine Menge Mageninhalt.

Hierauf macht Ferd. Frühwald eine vorläufige Mitteilung über Behandlung der Tuberkulose nach den Grundanschauungen Dr. Spenglers in Davos. Das Wesentliche beruht auf der Grundidee einer Doppelätiologie der phthisischen Erkrankungen, und zwar beruhen die einen auf der menschlichen, die anderen auf Perlsuchttuberkulose. Auf Grund der antagonistischen Wirkung der aus menschlicher Tuberkulose oder Perlsucht gewonnenen Stoffe wendet man zur Behandlung vor allem einen der nicht toxisch wirkenden Stoffe an, wodurch eine Vorimmunisierung erzielt wird, worauf erst die Anwendung des eigentlichen Giftes statthaft ist. Die Erfolge, welche Frühwald in Davos zu sehen Gelegenheit hatte, waren meist günstig und berechtigen zu optimistischen Hoffnungen. Auf Frühwalds Abteilung an der Wiener Poliklinik wurde die Spenglersche Behandlungsmethode bereits eingeleitet.

Sitzung vom 13. November 1906.

Chemiker A. Kurt Hubmann von der Firma The Perolin Fabrication demonstriert einen Apparat zur Verdampfung von Formaldehyd auf chemischem Wege ohne Anwendung von Feuer. Der kleine, hauptächlich für die ärztliche Praxis bestimmte Apparat dient vornehmlich zur Desinfektion der Kleider nach der Visite (jeder Kleiderkasten ist hiezu geeignet) und Sterilisation von Instrumentenkästen. Weiters kann derselbe, da Formaldehyd ein vorzügliches Desodorierungsmittel ist, auch zur Reinigung der Luft in Krankenzimmern usw. benützt werden. Die Anwendung ist sehr einfach. Es genügt, eine oder zwei Pastillen in den Apparat zu geben, sodann mit der beigegebenen Mensur das nötige Quantum Formaldehyd (per Pastille 10 *g*) abzumessen und über die Pastillen zu gießen. Die Dämpfe werden sofort entwickelt und können nur für den jeweiligen Verwendungszweck herangezogen werden. Nach dieser Methode entwickelt der Apparat auch eine genügende Wassermenge, ohne welche der Formaldehyddampf unwirksam ist. Eine Desinfektion von einem Kleiderkasten kostet nach der Methode zirka 6 Heller. Für Zimmerdesinfektion wird eine große Type geliefert und stellt sich eine Desinfektion von 100 *m*³ auf 3 K. Fabriziert wird der Apparat von The Perolin Fabrication in Wien.

Mautner stellt einen Fall von typischer Bleilähmung bei einem 13jährigen Mädchen vor.

Rudolf Pollak berichtet über Ernährungsversuche mit alkalisierter Buttermilch. Es wurden 37 Säuglinge mit derselben ernährt, die Kinder standen am Beginn der Ernährung im Alter von neun Tagen bis sechs Monaten. Von den 37 Kindern wurden 27 länger als einen Monat, 18 länger als zwei Monate, fünf länger als drei Monate und vier länger als vier Monate beobachtet. Bei den Kindern handelte es sich in der überwiegenden Mehrzahl um solche mit chronischer Dyspepsie, acht boten das Bild der Atrophie. Auch nach Überstehen von akuten Darmprozessen wurde die alkalisierte Buttermilch gereicht, endlich bei mangelhaft gedeihenden Brustkindern als Zusatz. Von den 37 Kindern starben zwei; eines an Morbillen Pneumonie, das andere aus unbekannter Ursache. Von den restierenden 35 Kindern gediehen mit Ausnahme eines einzigen, das sich vollkommen refraktär erwies, alle übrigen überaus befriedigend und zeigten tägliche Durchschnittszunahmen von 12—40 *g*. i. m.

V. Aus der Praxis.

Plasmon.

Fraglos besteht ein Bedürfnis nach einem Eiweißpräparat, das einerseits der Krankenkost zugesetzt, diese nahrhaft gestaltet, ebenso gewiß aber ist es, daß ein Präparat, das bloß nahrhaft, nicht aber frei von üblem Geschmacke, nicht gut bekömmlich und endlich nicht appetitanregend wirkt, unmöglich auf eine weitere Verbreitung oder dauernde Verwendung rechnen kann. So tauchten denn in den letzten Jahren gleich zu Dutzenden Eiweißpräparate auf, die bald billig, bald nahrhaft, bald wohlschmeckend waren, keines jedoch zeigte eine genügende Kombination dieser Eigenschaften und der Effekt war, daß diese Präparate vom Arzneimittelmarkte noch rascher verschwanden, als sie aufgetaucht waren. Das Plasmon, über das wir in den folgenden Zeilen berichten wollen, ist ja gewiß auch nicht das Ideal eines Nahrungsmittels in dem Sinne, daß eine entsprechende Dosis davon genügte, einen Menschen am Leben zu erhalten, doch die Forderungen, die wir eingangs an ein gutes Eiweißpräparat stellen mußten, erfüllt es sicherlich.

Das Plasmon wird aus steriler Magenmilch bereitet. Das durch Essigsäure ausgefüllte Kaseïn wird mit Natriumhydrokarbonat vollkommen neutralisiert, getrocknet und gemahlen. Dabei wird immer ein gleichmäßiges, von Zersetzungsprodukten freies, daher auch vollkommen geschmack- und geruchloses Produkt erhalten.

Das Plasmon enthält 75% Eiweiß, daneben aber sämtliche Nährsalz der Milch, insbesondere Phosphor in organischer Bindung. Es besitzt daher in bedeutend höherem Maße als die anderen Eiweißarten die Tendenz aus der Nahrung in den Eiweißbestand des Körpers überzutreten, am Körper angesetzt zu werden. Die Untersuchungen von Casparie und Luntz haben den exakten, unzweideutigen Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme erbracht, indem sie bei Verabreichung von Plasmon eine doppelt hohe Eiweißretention im Körper nachweisen konnten, als bei Ernährung mit anderen Eiweißarten. Hieraus folgt eine ganz spezielle Indikation für die Darreichung von Plasmon in allen Fällen, wo ein starker Eiweißzerfall gehemmt oder hintangehalten werden soll, und wo der Eiweißbestand des Körpers einer Aubesserung bedarf.

Man könnte einwenden, die natürliche Milch, die Ursubstanz des Plasmons leiste ja dasselbe. Doch scheitert die Absicht der Ärzte, ihren Kranken größere Quantitäten Milch beizubringen, aber nur allzuhäufig an dem Widerwillen vieler Patienten gegen Milch an den Durchfällen, welche durch die große Flüssigkeitszufuhr bedingt sind und statt den Ernährungszustand zu bessern, wird er im Gegenteil durch Appetitlosigkeit und mangelhafte Resorption auch der anderen Nahrung ein immer schlechterer.

Das Plasmon macht es aber auch in solchen Fällen möglich, seine körpersubstanzbildende und regenerierende Kraft zu entfalten. Man kann die Eiweißbestandteile der Milch dem betreffenden Individuum gleichsam unmerklich in anderen Speisen geben, ohne dasselbe durch den Milchgeschmack zu initieren und dadurch, daß man das Präparat in festerer Form zuführt, die Gefahr der schwächenden Durchfälle und der übermäßigen Flüssigkeitszufuhr überhaupt abwenden, wobei das fast völlige Fehlen des Milchzucker ebenfalls von Bedeutung sein muß.

So äußert sich Caspari in den Schlußsätzen seiner experimentellen Arbeit. Bloch gelang es sogar, in einer Versuchsreihe sämtliches Nahrungseiweiß durch Plasmon zu ersetzen, seine Ausnützung ist eine vorzügliche. Prausnitz, der ebenfalls die Ausnutzung als eine sehr gute fand, hat speziell noch nachgewiesen, daß das Plasmon nahezu vollständig vom Organismus resorbiert wird. In Übereinstimmung mit Prausnitz findet auch Bloch, daß das Plasmon sogar besser ausgenützt wird, als das animalische Eiweiß unserer Nahrung.

Es wird gerne genommen und gut vertragen. Aus Casparis Versuchen geht überdies hervor, daß bei Ernährung mit Plasmon der Fleischansatz ein beträchtlicherer war als bei der Fleischnahrung.

Wenn bei anderen Präparaten lobend hervorgehoben wird, daß sie keine Diarrhöen erzeugen, so kann man beim Plasmon überdies sagen, daß es ohne ein eigentliches Stopfmittel zu sein, Diarrhöe stillt, schon nach wenigen Tagen wird der Stuhl regelmäßig, sowohl bei Kindern als auch Erwachsenen, ein Beweis, daß das Plasmon vollständig resorbiert wird und keinerlei Reiz auf den Darm ausübt. Bei Lungenkranken, welche an Diarhöe litten, ergab die Ernährung mit Plasmon sehr günstige Resultate: „Während früher die Diarrhöen trotz Opium und Adstringentien fortdauerten, änderte sich die Beschaffenheit der Stühle schon nach 4—6tägigem Plasmongebrauch.“ (E. Hönigschmid.)

Seine vielseitige Verwendbarkeit bei Erkrankungen des Säuglingsalters wird von allen Autoren betont. Einen besonderen Beweis für seine Vielseitigkeit liefert Prof. Frühwalts Beobachtung, wonach es bei stillenden Müttern gereicht, die Milchsekretion zu heben imstande ist. Es wirkt gewichtsvermehrend und das nicht nur bei Rekonvaleszenten, sondern auch bei an konsumierenden Leiden erkrankten Patienten, wie



es vielfache Versuche an den Tuberkulosenheilstätten ergeben haben. (Immermann; Gebser, Ott.) Desgleichen kann es bei allen akut fieberhaften Erkrankungen mit Nutzen gereicht werden. (Silberstein und Bloch.)

Die stuhlregelnde Komponente ermöglicht es das Plasmon, das, wie wir wissen, an Resorbierbarkeit und Bekömmlichkeit von keinen anderen Eiweißpräparaten übertroffen wird, bei allen Magen- und Darmleiden mit größtem Vorteile zu reichen. Gleichwie seine Anwendung beim Diabetiker das verhaßte Fleisch zu restringieren gestattet (Silberstein), so können wir es auch dem Uratiker in erheblicher Menge gestatten, da es ohne wesentlichen Einfluß auf die Harnsäurebildung ist; also auch bei diesen beiden Erkrankungen ist es ein eminent vorteilhaftes Nahrungsmittel. Wenn wir noch erwähnen, daß der altersschwache Organismus, der andere Nahrungsmittel nicht mehr zu verbrennen vermag, es noch vollständig ausnutzt (Meitner), so haben wir wohl in kurzen Zügen einen Überblick über dessen universelle Anwendungsmöglichkeit gegeben.

VI. Notizen.

Allerhöchste Auszeichnungen. Den Privatdozenten an der medizinischen Fakultät der Universität in Lemberg, Dr. Franz Kosmiński, Dr. Ladislaus Bylicki und Dr. Gustav Bikeles wurde der Titel eines außerordentlichen Universitätsprofessors verliehen.

Wiener med. Doktorenkollegium. Montag, den 17. Jänner 1907, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19, unter Vorsitz des Herrn Prof. Englisch stattfindenden wissenschaftlichen Versammlung. Doz. Dr. Wilhelm Schlesinger: Ernährungstherapie bei quantitativen Anomalien des Stoffwechsels.

Ärzteverein des X. Bezirkes. In der Hauptversammlung des Ärztevereines des X. Bezirkes in Wien am 28. Dezember 1906 wurde als Obmann Dr. K. G. Koch, als I. Obmannstellvertreter Dr. S. Lichtenstein, als II. Obmannstellvertreter Dr. M. Rosenthal, als Kassier Dr. N. Handl und zu Schriftführern Dr. R. Back und Dr. M. Ernst gewählt.

Ein internationaler Kurs der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie findet an der Universität Gießen von Montag den 15. bis Samstag den 20. April 1907 in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten (Frankfurterstraße 99) statt. Derselbe ist in erster Linie für Juristen und Ärzte bestimmt, die mit psychiatrischen Gutachten zu tun haben, sodann auch für Beamte an Straf-, Besserungs- und Erziehungsanstalten, besonders im Hinblick auf angeborene geistige Abnormitäten, ferner für Polizeibeamte, die öfter mit geistig Abnormen zu tun haben. Als Vortragende sind Prof. Sommer, Gießen, Prof. Dr. Aschaffenburg, Köln a. Rh., Privatdozent Dr. Dannemann, Gießen und Prof. Dr. Mittermaier, Gießen, beteiligt.

Preisarbeit. Der Verein abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes hat in seiner 11. Jahresversammlung am 6. Oktober 1906 in Elberfeld beschlossen, einen Preis für die beste Arbeit über folgendes Thema auszuschreiben: Es sollen untersucht werden: *a)* Der Einfluß das Alkohols am Hungertiere auf Lebensdauer und Stoffumsatz. *b)* Die Mittel zur Entgiftung des Alkohols im Organismus sowohl im Hungerzustande als auch bei Fütterung mit Zucker, eventuell anderen Stoffen. Der ausgesetzte Preis beträgt 200 Mark. Das Amt der Preisrichter haben übernommen: 1. Prof. Dr. Rosenthal in Erlangen. 2. Prof. Dr. Kutscher in Marburg. 3. Prof. Dr. Rosenfeld in Breslau. Den mit Motto versehenen Arbeiten ist ein das gleiche Motto tragender Umschlag, der den Namen des Verfassers enthält, beizufügen. Die Arbeiten sind bis zum 1. April 1908 an Dr. Holitscher in Pirkenhammer bei Karlsbad einzusenden. Die Zuerkennung des Preises erfolgt in der Jahresversammlung des Vereins im Jahre 1908. Der Vorstand des Vereines abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes: Direktor Dr. Delbrück (Ellen [Bremen] bei Hemlingen), Vorsitzender); Dr. A. Holitscher (Pirkenhammer bei Karlsbad), Schriftführer.

VII. Eingesendet.

Aufruf

an die ehemaligen Frequentanten des k. k. Operateurzöglingsinstitutes in Wien.

Das k. k. chirurgische Operationsinstitut in Wien wurde am 7. Februar 1807 von Professor Ritter v. Kern gegründet. Der hundertjährige Bestand dieser segensreichen Einrichtung, die so viel zur Ausbildung der österreichischen Ärzte beigetragen und einen so wesentlichen Einfluß auf die Entwicklung der Chirurgie in Österreich überhaupt genommen hat, soll festlich begangen werden. Die unterzeichneten gegenwärtigen Vorstände der beiden chirurgischen Universitätskliniken in Wien wenden sich daher an alle gewesenen Frequentanten des Operationszöglingsinstitutes mit der Aufforderung, sich an der geplanten Feier zu beteiligen. Es besteht die Absicht, an einem noch näher zu bestimmenden Tage eine Feierlichkeit zu veranstalten, die die ehemaligen und gegenwärtigen Frequentanten des Institutes vereinen wird. Außerdem wird eine Festschrift herausgegeben werden, in welcher die Geschichte des Institutes, die Namen und die Schicksale seiner Frequentanten niedergelegt werden sollen. Um hiefür möglichst vollständige und authentische Daten zu erhalten, wenden sich die Unterzeichneten schon heute an die gewesenen Zöglinge mit der Bitte um möglichst baldige Beantwortung nachfolgender Punkte an die Adresse eines der beiden Unterzeichner. 1. Wann und mit welchen Kollegen gemeinsam haben Sie als Operationszögling an einer der Kliniken gedient? 2. Wie gestaltete sich Ihr weiterer Lebenslauf und welche ist Ihre dermalige Stellung? Wir bitten ferner, uns Ihre eventuellen wissenschaftlichen Publikationen bekannt zu geben.

Mit kollegialem Gruße

Prof. v. Eiselsberg, Vorstand der I. chirurg. Klinik. — Prof. Dr. Hochenegg, Vorstand der II. chirurg. Klinik.



Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
o. ö. Universitätsprofessor **Dr. J. Nevinny** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 6. Wien, 9. Februar 1907. **Nr. 6.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten.*)

Von Dr. **Otto Grosse**, Spezialarzt für Chirurgie der Harnwege, in München.

Nachdem die bakteriologische Prüfung des antigonorrhoischen Agens meines Prophylaktikums „Selbstschutz“, die, wie seinerzeit berichtet, auf gütiges Anraten des Herrn Geheimrat Neisser in die Wege geleitet wurde, nunmehr zum Abschluß gelangt ist, erlaube ich mir nachstehend das Resultat derselben mitzuteilen. Die Versuche, deren Ausführung ich aus Zeitmangel dem Laboratorium Fresenius in Wiesbaden übertrug, zogen sich infolge der ja hinreichend bekannten großen Schwierigkeiten bei Züchtung von Gonokokkenreinkulturen erheblich in die Länge, so daß mir erst am 20. d. M. von dem genannten Laboratorium das abschließende Gutachten zugestellt wurde, welches folgenden Wortlaut hat:

„Sie erteilten uns den Auftrag, ein von Ihnen angegebenes Prophylaktikum gegen Gonorrhöe, welches Hydrargyrum oxycyanatum in Mischung mit Gelatine und Glyzerin enthält, auf seine abtötende Wirkung gegenüber Gonokokken zu prüfen.

Durch die gütige Vermittlung des Spezialarztes Herrn Dr. Baer, hier, erhielten wir Kulturen, auf welchen sich Gonokokken neben anderen Bakterien entwickelten. Wir züchteten die Gonokokken rein und prüften dann die Wirkung des uns übersandten Prophylaktikums, indem wir den Inhalt einer Tube direkt auf die Oberfläche einer üppig entwickelten Reinkultur ausstrichen. In Kulturen, die sofort, dann nach 30 Sekunden, nach 1, 3 und 5 Minuten nach Aufbringen des Mittels angelegt wurden, entwickelten sich keine Gonokokken.

Des weiteren prüften wir das Mittel in der von Schäffer angegebenen Versuchsanordnung (Zeitschr. f. Hygiene, Bd. 16, p. 219), indem wir die Gonokokkenkultur mit 1 *cm*³ einer sterilen Mischung von Serum und physiologischer Kochsalzlösung aufschwemmten und zu dieser Aufschwemmung 1 *cm*³ des Mittels zusetzten. Auch aus dieser Mischung, welche das Mittel in halber Konzentration enthielt, entwickelten sich bei der Anlage von Kulturen (sofort, nach 1 und nach 3 Minuten nach dem Aufbringen des Mittels) keine Gonokokken. Ausdrücklich sei bemerkt, daß die zugehörigen Kontrollversuche sowohl in ganzer wie in halber Konzentration durchgeführt wurden. Die Versuche wurden zur Kontrolle stets zweimal bei übereinstimmendem Resultat ausgeführt.

Die angelegten Kulturen wurden während mehrerer Tage beobachtet unter Belassen im Brütschrank und, wenn sich dann kein Wachstum zeigte, wurden zur Kontrolle Übertragungen von einer lebenskräftigen Reinkultur vorgenommen. Diese gingen hierauf an und lieferten so den Beweis, daß bei den ersten Übertragungen auf den Nährboden dieser selbst durch das Prophylaktikum nicht gelitten hatte.

Aus den Versuchen ergibt sich, daß das Prophylaktikum Gonokokken in Kulturen innerhalb kurzer Zeit — sofort nach dem Aufbringen — sowohl bei der Anwendung in der gegebenen Zusammensetzung, also ganzer Konzentration, wie auch mit dem gleichen Volumen Flüssigkeit verdünnt, also halber Konzentration, sicher vernichtet.“

Entsprechend der schon nach den Untersuchungen von Schäffer und Steinschneider a priori vorausgesetzten und nunmehr einwandfrei nachgewiesenen unbedingten Sicherheit der Wirkung des Hydrargyrum oxycyanatum kann ich feststellen, daß mir unter Hunderten von Anwendungsfällen des Prophylaktikums kein einziger Fall von Infektion bekannt geworden ist. Direkte Versuche in vivo halte ich aus mehrfachen, naheliegenden Gründen in der Praxis für untunlich, doch sei mir gestattet, eine interessante zufällige Beobachtung anzuführen: Von zwei hiesigen Studierenden der Medizin, welche beide zur gleichen Stunde den Koitus mit einer gonorrhoischen Puella publica vollzogen, erkrankte der eine, der keinerlei Vorsichtsmaßregeln traf, an akuter Gonorrhöe, während der andere, der das Prophylaktikum anwandte, gesund blieb — eine Beobachtung, welcher fast die Beweiskraft eines Experimentes zukommen dürfte.

*) Nachtrag zu der in Nr. 32, 38 und 39 vorvorjährigen Jahrganges des med. chir. Zentralblattes erschienenen Arbeit.

Die Hydriatik des Rotlaufes.

Von Dr. **J. Sadger**, Wien-Gräfenberg.

(Schluß.)

Der vorliegende Fall ist in mehrfacher Hinsicht von hohem Interesse.

1. Zunächst konnte bezüglich der Richtigkeit der Diagnose nicht die mindeste Meinungsdifferenz obwalten, von erster



Stunde bis zum Schlusse. Es kommen bei Kopferysipel, bei Verletzungen des Perikraniums und der Kopfhaube sehr oft Erscheinungen von Hirnreiz vor, Irrereden, Somnolenz, Kopfschmerz, Fieber, und solche Zustände verschwinden öfters bei der einfachsten Behandlung; hier war es jedoch nicht möglich, die furibunden Delirien, die fortdauernden maniakalen Zustände, klonische und tonische Krämpfe von bloßer sympathischer Reizung, einfacher Kongestion abzuleiten, was für Ärzte keiner besonderen Auseinandersetzung bedarf.

2. Die Behandlung des Kranken wurde von Anfang bis zu Ende mit der größten Sorgfalt geleitet.

3. Das medizinische Heilverfahren wurde von drei anerkannt kenntnisreichen und erfahrenen Ärzten nach bestem Ermessen und sorgfältigster Prüfung mit Kenntnis der konstitutionellen Verhältnisse des Kranken, also nach allen Regeln der Kunst ins Werk gesetzt. Zwar stehen die Dogmen der alten Medizin keineswegs so fest, daß nicht der eine oder andere Arzt einwenden könnte: es hätte örtlich mehr Blut entzogen, zur Ader gelassen, dies oder jenes Mittel angewendet werden sollen usw.; meines Erachtens jedoch wird die Mehrzahl der Ärzte mit folgenden drei Punkten sich einverstanden erklären, daß die behandelnden Ärzte nämlich:

a) Keine kalten Umschläge auf den Kopf applizierten — meines Erachtens der größte Fehler, der aber der Schule zur Last fällt;

b) daß sie nur eine Lokalblutentziehung, und diese nur in gemäßigtem Grade in Anwendung zogen;

c) daß sehr kräftig auf den Darmkanal eingewirkt wurde: Kalomel zu *gr* 5 wird gewiß für durchaus rationell ausgegeben werden.

Unterdessen zeigte der Erfolg, daß durch alle diese Mittel der Krankheitsverlauf in seiner verderblichen Richtung nicht im mindesten gehemmt wurde. Blutentziehungen, Purganzen, kräftige Hautreize, alles zusammen erwies sich ohnmächtig einem Entzündungsprozeß gegenüber, der in einem bis dahin durchaus gesunden Individuum zur Entwicklung gekommen war. Kann der volle Unwert des alten antiphlogistischen Heilverfahrens wohl klarer zutage treten, als in dem vorliegenden Falle?

Ich kann hier nicht unerwähnt lassen, daß man das Nichtbenutzen von kühlenden Kopfumschlägen noch besonders damit zu motivieren suchte, „weil dadurch eine Rückstauung des Blutes in den Emissariis Santorini bewirkt worden wäre."

Wie ganz anders, wie herrlich steht diesen allen das Prießnitzsche Heilverfahren gegenüber! Klar, wie sein Element ist, bringt es in jedem Momente die Größe der Krankheit, aber auch die Größe der Wirkung zur Ausprägung. Von Stunde zu Stunde konnten wir beide Verhältnisse verfolgen, bis zu dem merkwürdigen Schlusse, wo der Organismus, von außen einfach und naturgemäß unterstützt, die Krankheitsschlacken und den Arznei-Quark durch die Poren aller Absonderungsorgane mit Macht und Gewalt hindurchtrieb. In diagnostischer Beziehung zeigte das erste Bad die Größe der Krankheit mit einer Klarheit, wie solche, wenigstens nicht mit Sicherheit, aus den Symptomen erkannt werden konnte. $^3/_4$ Stunden lang vermochten weder Duschen noch Begießungen, unterstützt von kräftigen Friktionen, die mindeste Reaktion im Gefühle und Bewußtsein des Kranken hervorzurufen, erst nach Ablauf dieser Zeit gab sich eine solche im Gemeingefühl desselben kund, gleichzeitig war dann auch eine lebhafte Rötung an verschiedenen Stellen der Haut bemerklich. Dann mäßigten sich die furibunden Delirien, die Agitation des Kranken von Minute zu Minute, er wurde ganz ruhig, versank in einen somnolenten Zustand. Eine Stunde nach dem Bade und das Gefühl in der Haut war bereits äußerst lebhaft: zwei Stunden später war das Bewußtsein zurückgekehrt. Wäre das gefährliche Intermezzo, welches die einverleibten Arzneien herbeiführten, nicht vorgekommen, so wäre der Verlauf ohne Zweifel folgender gewesen: Patient würde fünf Stunden nach dem Bade sich im Schweiße befunden haben, zwei bis drei Stunden später würde er eine Abfrischung im Halbbad erhalten haben, und hiemit wäre die Rekonvaleszenz eingeleitet gewesen. So aber trat durch die Störung der Hautkrise von neuem Unterdrückung der geistigen Kräfte usw. hervor, bis jene abermals eingeleitet worden war. Durch die Kopfdusche wurden im ersten Momente die Zentralorgane wie auch das organische Nervensystem aufgeregt, bald aber folgte mehr Ruhe, der Geist wurde klarer, die Pupille verlor ihren krampfhaft-lähmungsartigen Zustand. In 48—60 Stunden war die Aufsaugung vollendet, eine Erscheinung, die allen Ärzten unglaublich erscheint, da bei medizinischer Behandlung ein solcher Effekt nie beachtet wird, am allerwenigsten nach Ablagerungen in der Schädelhöhle, durch welche die Tätigkeit der Saugadern und Venen (wie der Augenschein hier zeigte) so sehr beeinträchtigt wird. Ein nicht minder großes Interesse boten die kritischen Vorgänge dieses Falles. Der Verlauf der Krankheit war ein sehr akuter, die Krise darum eine stürmische, indem durch alle Sekretionsorgane, durch Haut und Nieren, durch die Schleimhaut der Lungen und des Verdauungsapparates spezifisch-kritische Ausscheidungen erfolgten. Obgleich die anwesenden Ärzte in unserem Falle nicht daran glauben wollten, daß eine Krise durch die Haut zu erzielen sei, so habe ich nicht bloß die Zeit des Eintrittes dieser vorausgesagt, sondern auch bemerkt, daß das Kalomel durch den Mund, der Brechweinstein durch die Haut als spezifische Brechweinsteinpusteln erscheinen würden. Beides traf ein. Mich stützend auf einen anderen Krankheitsfall, wo neben einer Wasserkur ohne mein Vorwissen Brechweinstein gebraucht worden war, infolgedessen Brechweinsteinpusteln über den ganzen Körper entstanden waren, konnte ich die Dauer des Ausschlages auf 10—12 Wochen angeben, was sich zu bestätigen scheint. Merkwürdig ist, daß meine Kollegen, obgleich ich den Ausbruch der Brechweinsteinpusteln voraussagte, obgleich die aufgeschossenen Pusteln denen, welche man durch Einreiben der Brechweinsteinsalbe erzielt, wie ein Ei dem andern ähnlich sahen, dennoch nicht an eine Ausscheidung von Brechweinstein glauben wollen, hauptsächlich aus dem Grunde, weil Patient nicht viel über einen Gran genommen hatte. Allein die Erfahrung kann jeder Arzt leicht machen, daß, wenn ein Patient durchgreifende Badeprozeduren vornimmt, schon $^1/_2$ Gran innerlich genommen genügt, um eine Menge Brechweinsteinpusteln hervorzurufen, wie ich oft genug gesehen habe. Damit ist denn aber auch der Beweis geliefert von der großen Kraft, die im Wasserheilverfahren liegt, fremdartige Stoffe aus dem Organismus, und vorzugsweise durch die Haut zu entfernen.

Fassen wir nun das Gesagte zusammen, so ergibt sich, daß das Wasser in vorliegendem Falle seine Heilkraft bewährt hat: *a*) als diagnostisches, *b*) als entzündungswidriges, *c*) die Aufsaugung beförderndes, *d*) als ableitendes, *e*) als erregendes und belebendes, *f*) als schweißtreibendes, *g*) als blutreinigendes, *h*) als beruhigendes und krampfstillendes, *i*) als schlafbringendes Mittel und hat die Aussicht, auch noch als *k*) stärkendes Mittel wirken zu können, und nach allen Seiten hin mit einer Kraft, wie solche durch medizinische Eingriffe nicht erzielt werden kann. Mit einem Worte: Im Wasser besitzen wir das größte Heilmittel. Es geht damit wie mit der Kraft des Dampfes, der Elektrizität usw., die erst da anfingen, der Menschheit nützlich zu werden, als der Mensch Mittel erfand, jene Kräfte ganz seinem Willen dienstbar zu machen. Auch zum Wasserheilverfahren ist die Bahn gebrochen: möge es die ihm gebührende Würdigung bei den Ärzten finden.

Allerdings liegt der vorliegende Fall der äußersten Grenze des Möglicherreichbaren sehr nahe; allein, ich habe Heilungen durch das Wasser gesehen, die entschieden großartiger waren. Fälle, wo durch Exsudat in der Schädelhöhle Konvulsionen, vollständige Lähmungen der Extremitäten und Unterdrückung der geistigen Funktionen in dem Grade bewirkt waren, daß viele Bäder, 9—12 Duschen erforderlich waren, das Bewußtsein herzustellen. Das Nähere darüber bei einer anderen Gelegenheit."

Zu vorstehendem Berichte fügte Josef Schindler noch folgendes hinzu:



„Die Redaktion nimmt Veranlassung, vorstehende Krankengeschichte mit einigen Bemerkungen zu begleiten.

Der mitgeteilte Fall betrifft einen hochgestellten Beamten, und ist seinerzeit in mehrfachen Zeitungen, so z. B. auch in der preußischen Zeitung, zur öffentlichen Kenntnis gebracht worden. Der vorliegende Bericht ist, wie aus dem Inhalte hervorgeht, sechs Wochen nach Anwendung der Wasserkur abgefaßt worden und wird derselbe nicht verfehlen, das ungeteilteste Interesse hervorzurufen.

Die lebendige, ungekünstelte Darstellungsweise des geehrten Verfassers, dem wir hiemit zugleich unseren Dank für die Abfassung des Berichtes abstatten, läßt alle Spezialitäten des Falles sehr klar hervortreten, und je weniger derselbe Bedenken getragen, durch eine rückhaltlose Mitteilung seiner Kur- und Krankheitsauffassung der Kritik ein weites Feld zu öffnen, um so wertvoller muß uns diese Mitteilung sein.

Der Erfolg hat es gezeigt, daß die angewandte Kur, so energisch sie auch gewesen, nicht das Maß überschritten, welches über das günstige oder ungünstige der Wirkung entscheidet. Der vorliegende Fall ist daher auch noch dadurch besonders beachtenswert, daß er uns zeigt, wie der erfahrene und geübte Wasserarzt in einem speziellen Falle, ohne Nachteil zu stiften, eine von der Regel durchaus abweichende Behandlung eintreten lassen kann.

Nachdem Prießnitz durch vielfache Erfahrungen es kennen gelernt, wie leicht ein zu ergiebiger Kureingriff gemacht werden kann, ist er von länger dauernden Halbbädern mehr und mehr zurückgekommen und hat an deren Stelle die Einhüllung in ein nasses Leintuch mit Aufgießen von kaltem Wasser treten lassen. Herr Badearzt Schindler ist ihm hierin ganz und gar gefolgt und gibt bei Erkrankungen, wie sie in dem hier mitgeteilten Falle uns vorliegt, folgende Behandlung als Regel an.

Nachdem aus einem Bette alles bis auf die Matratze und den Kopfpolster entfernt worden, wird über dasselbe eine wollene Decke und über diese ein nasses Leintuch ausgebreitet. Auf dieses wird der völlig entkleidete Kranke gelegt (wir gehen von der Voraussetzung aus, daß derselbe unfähig ist, längere Zeit frei auf einem Stuhle zu sitzen), ihm Gesicht und Brust angefeuchtet, und dann das Leintuch über ihn zusammengelegt. Jetzt wird derselbe am ganzen Körper von zwei Gehilfen, welche zu beiden Seiten des Bettes stehen, abgerieben. Jeder derselben hat neben sich auf einem Stuhle eine mit kaltem Wasser gefüllte Schüssel stehen. Aus dieser wird mit beiden Händen so oft Wasser zum Übergießen geschöpft, als an irgend einer Stelle das Leintuch sich wärmer anfühlt. In gleicher Weise werden Kopf und Gesicht öfters gewaschen. Bei spärlichem Haarwuchs wird um den Kopf eine nasse Serviette gelegt. Um zum Rücken zu gelangen und hier dieselbe Prozedur vornehmen zu können, wird bald die eine, bald die andere Seite der wollenen Decke angezogen und etwas gehoben, und hiedurch der Kranke auf die leichteste Weise bald mehr auf die rechte, bald mehr auf die linke Seite gewendet. Die Fenster sind dabei geoffnet. Gelingt es, dem Kranken ab und zu Wasser einzuflößen, so erweist sich dies stets sehr nützlich.

Zeichen, welche darauf hindeuten, daß der Kranke Frost empfindet, bedingen es keineswegs, ihn aus dem nassen Leintuch herauszunehmen — dieses geschieht erst dann, wenn an keiner Körperstelle eine vermehrte Hautwärme sich findet — die Haut muß gleichmäßig kühl sich anfühlen. Jetzt wird Patient unabgetrocknet auf ein bereitstehendes fertiges Bett gelagert, jedoch nicht alsbald zugedeckt, sondern noch einem Luftbade ausgesetzt. Zu diesem Behufe erfassen die beiden Gehilfen vom Kopf- und Fußende des Bettes aus die Zipfel des Bettuches, worauf der Kranke liegt, und bewegen die freien Seitenteile desselben taktmäßig hin und her. Nach beendigtem Luftbad wird ein Rumpfumschlag umgelegt, nochmals etwas Wasser zum Trinken gereicht, und dann der Kranke, ohne ihm ein Hemd anzuziehen, zugedeckt. — Der Kopf bleibt frei, und außer einem leichten Abwaschen des Gesichtes, wenn dieses sich erwärmter zeigt, geschieht hier nichts. Es ist stets gefehlt, eine Krankheit dort bekämpfen zu wollen, wo sie ihren Ausweg sucht. Man vergleiche das in diesem Hefte über die Behandlung der Augententzündungen Gesagte.

Zeigen sich die Füße, was meistens der Fall sein wird, nach der Kur kalt, so werden dieselben durch Reiben mit der flachen Hand erwärmt. Auch Rollungen im Fußgelenk erweisen sich sehr wirksam.

Der Rumpfumschlag wird, je nachdem er sich rascher oder weniger rasch erwärmt, $^1/_4$—1 stündlich erneuert. Der Nutzen derselben ist bei allen fieberhaften Erkrankungen ein ebenso umfangreicher als intensiver.

Die weitere Behandlung besteht, je nach dem Grade des Fiebers, in Einpackungen — 1—2—3 Leintücher nacheinander — und abgeschreckt baden. Wird die Rekonvaleszenz ebenfalls durch eine fortgesetzte leichte Wasserbehandlung unterstützt, so erfolgt diese rascher und vollständiger, als wo dieses nicht geschieht.“

II. Referate.

Pyelitis im Kindesalter. Von Prof. Monti.

Nach M. sind die Fälle von Pyelitis, die von seitens des Kinderarztes Gegenstand der Beobachtung und Behandlung sind, ihrer Entstehung nach entweder durch bestimmte Medikamente oder durch eine Reihe mechanisch wirkender Schädlichkeiten bewirkt. Bei älteren Kindern kommt öfters Pyelitis infolge einer fehlerhaften Diät durch Sekretion harnsaurer Salze und Harnsäure zustande. Sehr selten sind es Parasiten, wie Echinokokkus, Strongylus gigas, Distoma haematobium, die durch die Ablagerung ihrer Eier und Embryonen innerhalb der Harnwege die Erkrankung veranlassen.

Auch hochgradige Phimose, Hypospadie oder Druck auf die Blase oder Ureter durch eine Geschwulst, die durch Stauung des zersetzten Urins zur Infektion der Schleimhaut der Nierenbecken führt, können Pyelitis erzeugen, ebenso auch Infektionskeime, die auf verschiedenen Wegen in den Urin gelangen. Man beobachtet dies im Verlaufe von Infektionskrankheiten, wie Scharlach und Variola, wo die Eiterkokken meistens während des Desquamations- oder Dekrustationsstadiums auf die Schleimhaut der Nierenbecken gelangen.

Auch Tuberkelbazillen, die in den Harn gelangen, können zu einer tuberkulösen Infektion des Nierenbeckens führen. Endlich kann auch bei Mädchen, die mit einer Vulvovaginitis behaftet sind, durch Einwanderung des Gonokokken in die Blase und durch die Ureteren in das Nierenbecken eine Pyelitis veranlaßt werden.

In allen Fällen beginnt die Erkrankung mit Frostanfällen, denen eine mehr oder weniger erhöhte Hauttemperatursteigerung folgt; meistens ist die Temperaturerhöhung gering und erreicht selten die Höhe über 38° C. Bei akuter Pyelitis infolge Harnstauung ist die Temperatur gewöhnlich höher. Bei infolge sich allmählich einstellender Harnstauung entstandener Pyelitis ist das Fieber gering und zeigt einen remittierenden Typus.

In jenen Fällen, bei denen die Pyelitis zu einer reichlichen Eiterung führt, beobachtet man gleichzeitig mit dem Fieber Schmerzen, die in der Nierengegend lokalisiert werden und die oft längs der Ureteren der Blase, des Orificium urethrae, des Perineum und der Oberschenkel ausstrahlen. Solche Schmerzen treten am häufigsten bei jenen Pyelitisfällen auf, die infolge von Harnstauung entstanden sind. Eine weitere Erscheinung bei durch Harnstauung entstandener Pyelitis ist ein heftiger Harndrang.

Am wichtigsten für die Diagnose der in Rede stehenden Erkrankung sind die vom Harn dargebotenen Erscheinungen.

Die 24stündige Harnmenge kann normal sein oder auch etwas vermehrt. Nur zeitweite, wenn sich Blutungen einstellen, ist die 24stündige Harnmenge vermindert. Der Harn reagiert sauer.

Der Urin enthält Eiter, infolgedessen wird derselbe trüb abgesetzt und bildet beim Stehen am Boden des Gefäßes ein



Sediment, welches mikroskopisch und chemisch als Eiter erkannt wird. Mikroskopisch findet man außer Eiter noch dachziegelförmig übereinander gelagerte. geschwänzte Epithelzellen der Nierenbecken. Nach der Intensität der Erkrankung ist auch die Menge der im Sediment vorgefundenen Epithelzellen verschieden.

Der Urin ist immer eiweißhältig, und zwar in verschiedenem Grade, je nach der Blut- oder Eitermenge.

Die Dauer und der Verlauf der Erkrankung gestaltet sich nach der veranlassenden Ursache verschieden.

Bei Pyelitis infolge Einwirkung mechanischer oder medikamentöser Schädlichkeiten verläuft die Erkrankung akut, und wenn die Ursache derselben beseitigt ist, heilt die Pyelitis innerhalb einer bis vier Wochen.

Die Pyelitis, infolge Zersetzung des sich stauenden Harnes, kann auch nach kurzer Dauer heilen, wenn es gelingt, die Ursache der Stauung zu beseitigen. In jenen Fällen, wo die Harnstauung infolge Kompression der Blase durch eine Geschwulst bedingt ist, dauert die Krankheit lange und kann infolge Urämie letal endigen.

Die Pyelitis infectiosa verläuft verschieden, je nachdem die Infektion eine vorübergehende oder eine kontinuierliche ist und nach der Art der Infektionserreger. Die Pyelitis, die infolge von Infektionskrankheiten, wie Scharlach, Typhus oder nach Darmkatarrh entsteht, heilt gewöhnlich nach mehrmonatlicher Dauer; sie hat jedoch die Neigung zu Rückfällen.

Die Prognose bei Pyelitis ist verschieden, nach der veranlassenden Ursache. Die Pyelitisfälle infolge Einwirkung von mechanischen oder medikamentösen Schädlichkeiten, ferner jene nach Darmkatarrhen und Infektionskrankheiten lassen eine günstige Prognose zu, da dieselben erfahrungsgemäß nach mehrmonatlicher Dauer heilen. Die Pyelitisfälle, die aus einer Infektion mit Eiterkokken oder auch mit Gonokokken hervorgehen, dauern lange und bei reichlichem Abgang von Eiter, endigen dieselben oft ungünstig. Die tuberkulöse Pyelitis läßt nur eine ungünstige Prognose zu.

Bei der Behandlung der Pyelitis werden vorwiegend folgende Momente berücksichtigt.

In allen akuten Fällen verordne man Bettruhe und Milchdiät. Beides ist so lange fortzusetzen, bis der Urin keine Veränderungen mehr darbietet. Sobald ein Rückfall eintritt, muß sowohl die Bettruhe, als auch die Milchdiät wiederholt werden. Eine weitere Indikation bildet die ausgiebige Anwendung von Getränken. die eine reichliche Diurese veranlassen.

In allen Fällen von Pyelitis sind Bäder (20—27°) von $^1/_4$- bis $^1/_2$stündiger Dauer, mit einfachem Wasser oder mit Soolenzusatz. Seebäder, Thermalbäder eine wesentliche Unterstützung der Behandlung.

Nach der veranlassenden Ursache der Erkrankung können noch verschiedene Medikamente bei der Behandlung der Pyelitis in Betracht kommen.

Bei Pyelitis. infolge medikamentöser Schädlichkeiten. wird man zunächst das schädliche Medikament aussetzen, Milchdiät verordnen und innerlich zur raschen Ausscheidung der schädlichen Stoffe, Natriumchlorat und Natriumjodat verordnen. Rp. Natrii chlorati 3·00. Natrii jodati 2·00, Aq. fontis 180·00, Syrupi simplicis 20·00. DS. Zweistündlich ein Eßlöffel voll zu geben.

Bei Pyelitis, infolge des konzentrierten Harnes, sind die früher erwähnten Mineralwässer und obige Chlornatrium- und Jodnatriumlösung angezeigt.

Bei allen akuten Fällen mit reichlichem Eiterabgang kann die Anwendung von Acid. tannic. in der Dosis von 0·01—0·3 oder von Alumen in der Dosis von 0·1—0·3. ferner von Plumbum acetic. in der Dosis von 0·01 auf kurze Zeit versucht werden. Wenn gleichzeitig Blut im Urin vorhanden ist. sind kleine Gaben von Extr. secale cornuti (Extr. secale cornut. 0·50. Sacch. albi 3·00. Div. in dos. 4) zu verschreiben.

Bei chronischen Fällen hat M. mit gutem Erfolge die innerliche Anwendung einer 2%igen Chlornatriumlösung und gleichzeitig Inhalationen mit Oleum aeth. Pini versucht.

Bei Pyelitis infolge Harnstauung ist die fleißige Anwendung des Katheters und die Auswaschung der Blase mit antiseptischen Mitteln, wie Acid boric., Acid tannic. usw. notwendig. Innerlich gibt man ein Azidum; zur Desinfektion der Harnwege werden Urotropintabletten à 0·5 verordnet. Da die Tabletten von Kindern schwer genommen werden und die obige Dosis zu groß wäre, so teilt man eine Tablette in zwei Stücke: die halbe Tablette wird dann in einem Glas Wasser aufgelöst und nach der Mahlzeit verabreicht. Je nach dem Alter des Kindes gibt man eine ganze oder $1^1/_2$ Tablette täglich. (Allg. Wr. med. Zeitung Nr. 1, 1907.)

*

Über freie Rezeptoren. Von Dr. E. Weil und Dr. O. Axamit.

Der Begriff der freien Rezeptoren wurde von Neisser und Shiga eingeführt und an der Agglutinationsbehinderung von Typhusbazillen durch Typhusbazillenextrakte demonstriert. Da die Typhusbazillen das Agglutinin vermittels ihrer Rezeptoren binden, so waren dieselben nach der Vorstellung der genannten Autoren in die Extraktionsflüssigkeit nach Loslösung von den Bakterien übergegangen und hatten ihrerseits das Agglutinin verankert, so daß die gleichzeitig vorhandenen Typhusbazillen nicht besetzt und nicht agglutiniert wurden. Man war allerdings dadurch zu der Annahme gezwungen, daß die freien Bakterienrezeptoren eine stärkere Azidität für das Agglutinin besitzen als die fixen Rezeptoren. Einen experimentellen Beweis für die Bindung des Agglutinins an die im Bakterienextrakte gelösten Bakterienbestandteile haben jedoch die genannten Autoren nicht erbracht.

In einer früheren Arbeit hatte Weil gezeigt, daß gerade für die Agglutination jene Anschauungen keine Berechtigung haben. da die Extraktbestandteile gar keine Bindung mit dem Agglutinin eingehen.

Die Autoren glauben nun durch ihre Versuche neuerlich gezeigt zu haben, daß die Fähigkeit von Bakterienextrakten, die Immunkörperreaktion zu verhindern, nicht ihre Ursache in der Bindung des Immunkörpers hat, daß Bakterienbestandteile, welche nach Art von Rezeptoren (haptophore Gruppen) wirken, sich nicht nachweisen lassen, und daß alle jene Anschauungen und Versuchsdeutungen, welche zu ihrer Erklärung freie Rezeptoren zu Hilfe nehmen, nicht einwandfrei sind. (Berl. klin. Woch. Nr. 53.)

*

Die Beziehungen der Meningokokken zu den Gonokokken. Von Dr. L. Zupnik.

Ruppel konnte feststellen, daß Gonokokkenkulturen ein Immunserum liefern, das nicht allein einen spezifischen. sondern sogar quantitativ gleichen Schutz gegen virulente Meningokokken verleiht, wie artspezifische Meningokokkensera selbst; reziprok schützen Meningokokkensera spezifisch gegen Gonokokkeninfektionen.

Diese Resultate rollen. von ihrer praktischen Wichtigkeit abgesehen, die schon öfters aufgeworfene und im negativen Sinne beantwortete. in epidemiologischer und prophylaktischer Richtung so wichtige Frage nach den Beziehungen der Meningokokken und Gonokokken zueinander von neuem auf. Sie bringen des ferneren einen nicht unwichtigen Beitrag zur Frage nach der Spezifitätsbreite der heute noch vielfach als artspezifisch gedeuteten Gegenkörperreaktionen.

Diese beiden Fragen stehen im engsten Zusammenhange miteinander, indem die erstere bloß ein spezielles Kapitel der heute eine allgemeine Bedeutung besitzenden zweiten darstellt.

Z.s eigenen Untersuchungen haben auf diesen beiden Gebieten eine Reihe von Beiträgen geliefert. die eine prinzipielle Bedeutung für die gesamte Bakteriologie. dann die Klinik, Epidemiologie und schließlich pathologische Anatomie der Infektionskrankheiten gewonnen haben.

Aus diesem Grunde erlaubt Z. sich die Endergebnisse dieser Arbeit in Kürze mitzuteilen.

Jegliche. einer Infektionskrankheit sui generis spezifische Erscheinung entspringt der Gattung. Spezifische Erre-



ger von Infektionskrankheiten — von eigenartigen klinischen Krankheitsbildern — von eigentümlichen pathologischen Veränderungen sind nur Mikrobengattungen und nicht Mikrobenarten.

Ihre letzte Ursache findet diese Erscheinung in der Gattungsspezifität aller bakteriellen Produkte.

Soviel im allgemeinen; in bezug auf die spezielle Frage nach den Beziehungen der Meningokokken und Gonokokken zueinander ist aus F.s Versuchen mit Bestimmtheit zu folgern, daß auch die zweite, von Gonokokken bakteriologisch nicht zu differenzierende Meningokokkenart vom Gonokokkus artverschieden ist. (Berl. klin. Woch. Nr. 53.)

III. Literatur.

Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. Herausgegeben von Prof. Dr. Julius Schwalbe. Verlag von Georg Thieme, Leipzig, 1906.

Das vorliegende, unter Mitwirkung namhafter Autoren von Schwalbe herausgegebene Handbuch ist für den Studierenden und für den praktischen Arzt bestimmt. Wenn man bedenkt, daß auf den Kliniken gerade die allereinfachsten Handgriffe nicht gelehrt werden, ja, daß auch die einschlägigen Spezialwerke diese Handgriffe zumeist als bekannt voraussetzen und umgehen, so muß man das Erscheinen des genannten Handbuches mit Freuden begrüßen.

Der bis nun erschienene erste Halbband enthält: Die Technik der Massage, der mechanischen Orthopädie und der Gymnastik von Hoffa, die Technik der Hydro- und der Thermotherapie von Vierordt, die Technik der Radiotherapie von Schmidt, Berlin, die Technik der Arzneibereitung und Arzneianwendung von Robert, ausgewählte Kapitel aus der allgemeinen chirurgischen Technik von Hildebrand und die Technik der Behandlung des Auges von Eversbusch.

Klare Direktion und eine Reihe instruktiver Bilder verleihen den genannten Abhandlungen einen nicht zu unterschätzenden praktischen Wert. Die Ausstattung des Buches ist eine tadellose.

Lösung der Pellagrafrage. Von J. Rappold, k. k. Prof., Selbstverlag.

Es ist immer eine mißliche Sache, wenn Laien sich auf das schwierigste Kapitel der Medizin, die Ätiologie der Krankheiten, herauswagen. Auch Herr Rappold hat keine Lorbeeren errungen, zuerst ist der „Erdgeruch" der Erreger der Pellagra, dann sind es „Gase", und zum Schlusse sind es die pflanzliche „Parasiten". Wir sagen daher dem Herrn Professor: Ut desint vires, tamen est laudanda voluntas. l. s.

Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1905. Von Dr. Arnold Pollaczek, Karlsbad, XVII. Jahrgang. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1906. (357 Seiten.)

Unter den modernen Sammelwerken nimmt dieses Buch nicht den letzten Platz ein. Es ist ein Nachschlagebuch, das in alphabetischer Reihefolgen die Journalpublikationen des verflossenen Jahres sehr ausführlich wiedergibt. Dem Interesse des Praktikers ist vollkommen dadurch Rechnung getragen, daß speziell die therapeutische Seite der Publikationen hervorgekehrt wird, während das Buch für die Publikationen auf theoretischem Gebiete sowie auf dem Gebiete der Bakteriologie usw. wenig Raum hat. Ziemlich gründlich sind (auszugsweise) wiedergegeben der phremakologische Teil, die physikalischen Heilmethoden, die Ernährungstherapie und Diätetik, die Geburtshilfe, die Dermatotherapie, die kleine und der leichtere Teil der operativen Chirurgie; das übrige aus Chirurgie, Gynäkologie, Augen-, Ohren-, Kehlkopf- und Nasenkrankheiten usw. genügen für das Bedürfnis des allgemeinen Praktikers. S. K.

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 25. Jänner 1907.

Eduard Lang stellt einen 15jährigen Knaben mit „Papulosis perstans" vor. Die Erkrankung ist in der Literatur unter verschiedenen Namen bekannt, zumeist wird sie als Pityriasis chronica lichenoides bezeichnet. Mit Pityriasis besteht am allerwenigsten Ähnlichkeit, eher mit Psoriasis in einzelnen Stadien dieser Krankheit. Lang glaubt, daß in den beiden Worten „Papulosis perstans" die am meisten klinisch charakteristische Bezeichnung gelegen ist.

Der Fall ist insofern von besonderem Interesse, weil Redner durch eine Veränderung an der Haut seiner Schwester auf die Dermatose des Patienten aufmerksam wurde. Patient leidet seit sieben Jahren an einem Exanthem, das sich aus hirsekorn- bis höchstens linsengroßen, flach papulösen, rotbraunen Effloreszenzen zusammensetzt, die meist in der Mitte eine Delle tragen. Der Rand zeigt einen gegen die Peripherie offenen, gegen das Zentrum festhaftenden, feinen Schuppensaum. Einzelne der flacheren Effloreszenzen sind von einem nicht scharf begrenzten, depigmentierten Hof umgeben. Die Effloreszenzen sind schütter über den Stamm zerstreut. Außerdem aber zeigt der Kranke an einigen wenigen Stellen des Stammes bis linsengroße, mit einer vielleicht unter dem Niveau der Umgebung liegende, narbig-atrophische Stellen von weißlicher Färbung.

Die 17 Jahre alte Schwester bietet das folgende Bild: Über dem Stamme zerstreut finden sich hirsekorn- bis über linsengroße Stellen von narbigem Aussehen, welche über die normale Haut ein wenig hervorragen und sich durch Zug wieder in das Niveau der Haut bringen lassen. Beim Darüberstreichen mit dem Finger sinkt derselbe an vielen solchen Stellen ein. Die Stellen sind weißer gefärbt und scharf gegen die Umgebung abgegrenzt, viele weisen in der Mitte eine leicht nabelige Einziehung auf, die Oberfläche ist im übrigen gefältelt. Die Kranke gab an, daß diese Veränderung erst seit zwei Jahren besteht, daß diese Stellen aber einem Ausschlag entsprechen, der durch zirka fünf Jahre bestanden hatte, nie mit Pustelbildung einhergegangen war und jeder Behandlung getrotzt hatte und erwähnte dabei, daß ihr jüngerer, eben demonstrierter Bruder jetzt noch mit dem gleichen Ausschlag behaftet sei, wie sie ihn Jahre hindurch aufgewiesen.

Sollten nun die an dem Knaben neben der noch frisch bestehenden „Papulosis perstans" sich vorfindenden narbigen Veränderungen eine Brücke hinleiten zu den narbigen Veränderungen, wie sie bei der Schwester beobachtet werden, so müßte man daran denken, daß unter Umständen die „Papulosis perstans" oder doch einzelne Effloreszenzen derselben mit dem Ausgang in Atrophie enden.

Gabr. Nobl bemerkt, daß die Kombination von psoriasiformen und lichenoiden Komponenten des Ausschlages zumeist viel deutlicher als in dieser Beobachtung ausgeprägt zu sein pflegt und nicht in letzter Linie mag die nach der Richtung zum Ausdruck gelangende Polymorphie des Ausschlages, zur Wahl der allenthalben akzeptierten Benennung „Pityriasis lichenoides chronica" Anlaß geboten haben. Derartige Fälle wurden in der Dermatologischen Gesellschaft fast alljährlich vorgestellt.

Otto Chiari demonstriert einen 38jährigen Mann, welcher vor 30 Tagen während des Schlafes ein Gebiß verschluckte. Zahlreiche Symptome deuteten darauf hin, daß der Fremdkörper in der Speiseröhre stecken geblieben sei. Auf der Klinik Eiselsberg aufgenommene Radiogramme zeigten einen einem Gebiß entsprechenden Schatten, der vor dem ersten Brustwirbel lag.

Nach Kokainisierung wurde ein dickes, ösophagoskopisches Rohr eingeführt. Durch dasselbe sah man, 20 *cm* vom Oberkieferrand, eine durch ödematöse Schwellung bedingte Verengerung des Lumens, die für das dicke Rohr unpassierbar war. Nach der Bepinselung der ödematösen Schleimhautpartien mit Kokain gelang die Einstellung des Fremdkörpers mit einem dünnen Rohre und schließlich die Extraktion ohne jede Anwendung von Gewalt. Der Fremdkörper war in seiner Dimension von $4^1/_2$ *cm* Länge und $2^1/_2$ *cm* Breite.

Leopold Freund erwähnt einen ähnlichen Fall, den er vor zirka 2 Jahren untersuchte.

v. Eiselsberg bemerkt, daß auch er, wie Prof. Chiari bereits erwähnte, beobachtete, daß die Ösophagoskopie bei verschluckten Fremdkörpern auffallend leicht gelingt.



Hans v. Haberer stellt aus der Eiselsbergschen Klinik einen 13jährigen Knaben vor, der an den meisten Skelettknochen Verbiegungen und Tumorbildung zeigt. In Röntgenogrammen erweisen sich dieselben als ausgesprochene Knochenzysten; wiederholt vorgenommene Probeexzisionen ergaben nebst multiplen Riesenzellensarkomen eine fibröse Umwandlung des Markes und eine Auffaserung des Knochens durch zwischengeschobene Bindegewebssubstanz. Schmerzen haben niemals bestanden. Der lange ausgedehnten Verlauf — die Krankheit dauert seit dem dritten Lebensjahre, also jetzt schon 10 Jahre — beweist die auffallende Benignität der bei der Ostitis fibrosa vorkommenden Riesenzellensarkome.

Regimentsarzt Robert Doerr: Über Dysenterietoxin. Der Vortragende schildert nach einer kurzen Einleitung über die Entwicklung der Lehre von der bazillären Dysenterie, die Eigenschaften des Dysenterietoxins und seine Wirkungen im Tierexperiment, besonders bei Kaninchen. An der Hand anatomischer und histologischer Präparate wird der Nachweis geliefert, daß die durch das Toxin gesetzten Veränderungen völlig den Befunden bei der menschlichen Dysenterie entsprechen. Auf Grund dieser Tatsachen und der klinischen Beobachtung, schließlich auch der ausbleibenden Generalisation der Ruhrbakterien im menschlichen Organismus wird die Berechtigung der Auffassung dargetan, daß die Shiga-Krusesche Form der Dysenterie als bakterielle Toxikose anzusehen sei. Daraus ergibt sich von selbst die Möglichkeit einer antitoxischen Therapie. Der Vortragende referiert kurz die von Kraus und ihm ausgearbeitete experimentelle Begründung derselben und berichtet über die Anwendung des im Wiener staatlichen serotherapeutischen Institut (Paltauf) hergestellten antitoxischen Ruhrserums und die bisher damit erzielten günstigen Resultate.

Is. Stein demonstriert einen Röntgenapparat, mit welchem man radioskopieren, radiographieren, orthodiagraphieren und orthophotographieren kann, in stehender, sitzender und liegender Stellung des Patienten. Der Apparat eignet sich infolge seiner Bauart und Transportfähigkeit auch für Aufnahmen im Freien, also als Feldkriegsapparat.

In der Diskussion bemängelt Leopold Freund die Bezeichnung des Apparates Dr. Stein als Universalapparat. Er vermisse die Leichtigkeit in der Bewegung nach jeder Richtung; diese müsse bei der Orthodiagraphie eine große sein. Zweitens, was die Methode der Zentrierung der Röhre anlangt; die Steinsche Methode bedingt das mühselige Umtauschen und Aufsetzen neuer Blendenrohre bei Unterbrechung der Untersuchung, Hellmachen des Zimmers usw., wenn man die Orthodiagraphie mit der Radioskopie vereinigen, resp. beide alternieren lassen will, wie es bei einer korrekten Untersuchung von Vorteil ist. Diesbezüglich glaubt Freund, daß sein eigener Apparat den praktischen Bedürfnissen der Radioskopie und gleichzeitigen Orthodiagraphie besser entspreche.

Emil Ranzi bemerkt, daß ein in mehrfacher Hinsicht ähnlicher Apparat seit zirka zwei Jahren im Röntgenlaboratorium der Klinik v. Eiselsberg mit gutem Erfolg in Verwendung steht. Vor dem Apparat des Vortragenden hat der an der Klinik verwendete voraus, daß die Röhre samt Blende durch eine einfache Vorrichtung um 90° gedreht werden kann, so daß Aufnahmen von Patienten, die auf dem unter dem Rahmenstativ befindlichen Tische liegen, in einfacher und rascher Weise vorgenommen werden können.

Is. Stein sucht die Ausführungen Freunds zu widerlegen und macht darauf aufmerksam, daß der Apparat, der vorwiegend aus Holz gebaut ist, durch mechanische Schäden, beim Transport und bei dem während desselben vorgekommenen enormen Temperaturwechsels natürlich einige Einbuße an Exaktheit erlitten habe und deshalb bei der Demonstration nicht in normaler Weise funktionierte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter".)

Innerne Sektion.

Sitzung vom 10. Jänner 1907.

Felix Kauders: Zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Blutgerinnung und Leber. Vortragender spricht über einen Fall von Cholelithiasis, der vor 2¼ Jahren inkomplett operiert wurde (Gallenfistel) und sich durch einebeim Husten akquirierte Zerreißung eines kleinsten Muskelgefäßchens innerhalb zehn Tagen in die Bauchdecken, sowie in ein mannskopfgroßes, retroperitoneal gelegenes Hämatom langsam verblutet hat. Bei der Sektion wurde nirgends Aneurysmabildung an den größeren Gefäßen, noch beträchtliches Atherom der Gefäße gefunden. Die Blutung fand von außen nach innen zu statt und nach drei Tagen konnte man unterhalb des Leberrandes einen in dieser Zeit entstandenen Tumor (Hämatom) tasten. Bei der Sektion konnte das blutende Gefäßchen nicht direkt nachgewiesen werden und läßt sich vermuten, daß dasselbe sehr klein gewesen sein müsse. Es müssen daher besondere Verhältnisse mitgespielt haben, daß aus kleinster Blutungsquelle eine tödliche Blutung entstehen konnte. Kauders glaubt nun, daß es die Schwergerinnbarkeit des Blutes war, die diesem Folgezustande Vorschub leistete und meint weiter, daß diese Schwergerinnbarkeit bedingt war durch eine schwere Schädigung der Leber. Bekannt ist ja die bei akuter gelber Leberatrophie, bei Phosphorvergiftung, kurz bei schweren Lebererkrankungen vorhandene Neigung zu Blutungen.

Hermann Teleky frägt, warum die Operation nicht zu Ende geführt wurde, da doch die Patientin noch 2¼ Jahre lebte.

Felix Kauders antwortet, daß dies wegen der morschen Beschaffenheit der Gallenwege nicht möglich war und auch

Julius Schnitzler bestätigt, daß in vorgeschrittenen Fällen von Cholelithiasis es manchmal nicht möglich ist, die beabsichtigte Operation zu Ende zu führen. Schnitzler hat bei einem Patienten mit Gallenfistel eine schwere parenchymatese Blutung auftreten sehen. Die Beobachtung des Vortragenden lehrt, daß man, wenn eine radikale Gallensteinoperation im Anfang nicht möglich ist, dieselbe möglichst bald nachtragen soll.

Ludwig Hofbauer: Über Orthopnoe. Die Eigentümlichkeit, daß Patienten mit schweren Erkrankungen der Zirkulations- oder Respirationsorgane nur im Sitzen „genug Luft haben", im Liegen aber von schwerer Kurzatmigkeit geplagt werden, erklärt man damit, daß im Sitzen und Stehen der Thorax vom Körpergewicht mehr entlastet und das Zwerchfell vom Drucke der Baucheingeweide befreit sei, so daß die respiratorische Tätigkeit des Brustkastens und des Diaphragmas sich ausgiebiger gestaltet. Gegen die Richtigkeit dieser Annahme spricht der Umstand, daß viele Patienten nur nachts orthopnoisch sind, trotzdem doch Tag und Nacht dieselben mechanischen Verhältnissse bestehen bleiben. Fernerhin zeigten die Untersuchungen des Vortragenden, daß im Gegensatz zu dieser herrschenden Lehre die respiratorischen Zwerchfellbewegungen im Liegen viel ausgiebiger sind als im Sitzen und Stehen. Hiebei zeigt sich auch, daß die Zwerchfellkuppel im Stehen und Sitzen um vieles tiefer rückt als im Liegen; es werden daher in letzterer Körperstellung die Lungen viel weniger ausgespannt als im Sitzen und Stehen, die elastischen Kräfte derselben, die normaliter hautsächlich die Exspiration besorgen, werden viel weniger stark in Aktion gesetzt. Diese Exspirationskräfte aber sind bei den pleuralen Erkrankungen, wie des Vortragenden frühere Untersuchungen erwiesen, stark geschädigt und diese Schädigung veranlaßt die Atemnot der Patienten. Daher vermeiden die Patienten die weitere Schädigung der elastischen Kräfte der Lunge, welche im Liegen eintritt und wählen die aufrechte Körperlage, in welcher dieselben die denkbar größte Intensität er-

reichen, die Exspiration daher möglichst frei wird. Am Tage können hier auxiliäre, exspiratorische Muskelkräfte eintreten, daher ist am Tage die Atmung leichter möglich. Im Schlafe jedoch, wo die Aktion der exspiratorischen willkürlichen Muskulatur wegfällt, muß der Patient selbst dann im Bette aufrecht sitzen, wenn am Tage noch die Korrektur durch die exspiratorischen Hilfsmuskeln genügt.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 17. Jänner 1907.

Gustav Riether stellt ein zwei Monate altes Kind mit angeborenem Lymphangioma lipomatodes vor. Die gleichfalls vorgezeigte Moulage des Falles, welche angefertigt wurde, als das Kind acht Tage alt war, zeigt, daß die Teleangiektasie früher viel größer war und sich so weit erstreckte, als jetzt das narbenartige Gewebe reicht. Es handelt sich also um eine Selbstheilung einer Teleangiektasie, die häufig beobachtet wird.

Béla Schick demonstriert aus dem Ambulatorium der pädiatrischen Klinik in Wien ein 14monatliches Kind mit Periostitis ossificans luetica der rechten Unterschenkelknochen. In den ersten Wochen nach der Geburt bemerkte die Mutter nichts auffallendes. Redner sah das Kind zum erstenmale im Alter von zwei Monaten. Damals bestanden leichte Koryza und vereinzelte typische makulo-papulöse luetische Effloreszenzen an der Stirne. Auf antiluetische Behandlung gingen diese Erscheinungen ziemlich rasch zurück. Im Dezember vorigen Jahres trat eine eigentümliche Verdickung des rechten Unterschenkels auf, die auf Berührung sehr schmerzhaft war. Die Verdickung betrifft vorwiegend die Tibia, weniger die Fibula. Auf antiluetische Behandlung ist die Schmerzhaftigkeit geringer geworden.

Carl v. Pirquet demonstriert an sich und mehreren vorgeimpften Kindern vakzinale Frühreaktionen, zum Vergleiche Erstvakcinationen desselben Datums. Die Frühreaktion, welche innerhalb der ersten 24 Stunden abläuft, war den alten Impfärzten nicht unbekannt, aber sie legten ihr keine spezifische Bedeutung bei und haben sich mit ihren morphologischen Veränderungen nicht genauer beschäftigt. Pirquet glaubt, daß die Messung der Eintrittszeit und der absoluten Größe der Frühreaktion eine bequeme Methode zur Virulenzbestimmung von Vakzinelymphe ergeben könne.

Wilhelm Knoepfelmacher macht darauf aufmerksam, daß er auch bei subkutanen Injektionen von verdünnter Lymphe solche sofortige Reaktionen bereits vakzinierter Menschen vorkommen. Die Intensität der Reaktion hängt sicher zum Teile von der Konzentration der injizierten Lymphe i. e. von ihrer Menge ab.

Carl Leiner stellt aus der Ambulanz des Karolinen-Kinderspitales einen achtjährigen Knaben mit Pemphigus chronicus vor. Vom Beginne der Beobachtung (Mai 1906) bis zum heutigen Tage ist es bis auf eine kurze Unterbrechung immer wieder zu neuen Nachschüben gekommen. Das Allgemeinbefinden des Kindes ist ein recht schlechtes. Stärkere Eruptionen sind von einem heftigen Juckgefühl begleitet. Die Blutuntersuchung ergab eine ausgesprochene Eosinophilie (10—12%). Die Behandlung besteht in Vaselinverbänden und Tanninbädern und interner Anwendung von Arsen. Differential-diagnostisch kämen zwei Prozesse in Betracht: die Impetigo contagiosa und die Epidermolysis bullosa. Bei der Impetigo contagiosa kommt es bisweilen ebenfalls zur Blasenbildung, ohne daß hiemit eine bosondere Störung des Allgemeinbefindens verbunden ist. Durch den chronischen Verlauf, das Vorherrschen der Blaseneruption und die Mitbeteiligung der Mundschleimhaut läßt sich der Pemphigus vulgaris leicht von der Impetigo contagiosa unterscheiden. Bei der Epidermolysis bullosa liegt eine angeborene Eigentümlichkeit der Haut vor, auf geringste mechanische Reize mit Blaseneruption zu reagieren.

Hermann Schlesinger frägt, ob das Nikolskische Symptom vorhanden ist. Dieses Symptom besteht in abnormer Lösbarkeit der Epidermisschichten von der Unterlage auf mechanische Reize (Druck).

Leiner erwidert, daß sich durch starkes Reiben, z. B. mit dem Nagel, auch im vorgestellten Falle die Epidermis loslösen läßt; doch kommt es hiebei nie zur Blasenbildung an diesen Stellen, wie dies bei der Epidermolysis bullosa hereditaria immer der Fall ist.

Erich Sluka stellt ein neun Jahre altes Mädchen mit Leukämie ohne Leukozytose aus der Klinik Escherich vor. Nach dem ganzen Befunde, nach der Blässe, der Gedunsenheit des Gesichtes, der allgemeinen Drüsenschwellung, nach den zahlreichen Infiltraten in der Haut, nach den Hautblutungen und nach der raschen Entwicklung des ganzen Krankheitsbildes, lag die Diagnose „akute lymphatische Leukämie“ sehr nahe. Nicht wenig erstaunt waren wir über den Blutbefund, denn derselbe ergab nur eine Leukopenie mit Überwiegen der lymphozitären Komponente. Schon im Nativpräparate fielen aber die Lymphozyten durch ihre Größe auf und in dem nach Jenner gefärbten Trockenpräparat identifizierten sie sich als jene Zellen, die wir bei akuter lymphatischer Leukämie zu sehen Gelegenheit haben. Es dürfte daher nicht die Zahl der weißen Blutkörperchen allein für die Diagnose der akuten lymphatischen Leukämie entscheidend sein, sondern das Wesentlichste bei der Stellung der Diagnose ist die „Morphologie“ der Zellen. Derartige Fälle sollte nach Türks Nomenklatur unter der Diagnose „Akute alymphämische Lymphomatose“ geführt werden. Die Prognose dieser Erkrankung ist schlecht. Alle bis jetzt beobachteten Fälle erreichten kaum eine Krankheitsdauer von einem Jahre, die meisten kamen schon nach 4—6 Monaten ad exitum. Einen derartigen Fall der Röntgen-Therapie zu überweisen, wäre wohl nicht ratsam, denn zu der schon bestehenden Leukopenie noch die nach Röntgenstrahlen beobachtete Leukopenie hinzuzufügen, wäre zu gewagt.

Lehndorf macht auf ein sehr seltenes Symptom (am Thorax und Rücken ein ganz blaß-rosenrotes, unscharfes, roseolartiges Exanthem) aufmerksam. Histologisch entspricht diesem Exanthem ein lymphämisches Infiltrat der Haut.

Anton Baumgarten zeigt ein Präparat von spindelförmiger Dilatation der Speiseröhre eines Kindes, das im Alter von sechs Wochen im Karolinen-Kinderspitale an Bronchitis verstorben ist. Die Speiseröhre ist in ihrem unteren Abschnitte mächtig erweitert. Diese Erweiterung wird als idiopathische spindelförmige Dilatation der Speiseröhre bezeichnet und ist wiederholt beim Erwachsenen beschrieben worden. Äthiologisch wird von der Mehrzahl der Autoren ein durch primäre Innervationsstörung bedingter Kardiospasmus als Ursache angenommen, während manche in lokalen ulzerösen und entzündlichen Prozessen die Ursache für die Erweiterung sehen wollen. Auch eine primäre Muskelschwäche des Ösophagus wird als Ursache dieser Erweiterung angesehen. Die Dilatation kann nach Zusch angeboren oder durch Traumen erworben sein, besonders Fleiner verwies auf die Entwicklung der Krankheit aus einer angeborenen Formanomalie der Speiseröhre. Das demonstrierte Präparat kann die Theorie von der Kongenitalität eines Teiles der Ösophagusdilatationen im Sinne Fleiners stützen.

Rudolf Neurath verweist darauf, daß auch bei angeborener Pylorusstenose, Dilatation der untersten Ösophaguspartie vorkommt.

Theodor Escherich demonstriert zwei Fälle von Hirnembolie im Verlaufe der postdiphtherischen Herzschwäche.

Frau Weiß demonstriert aus der Ambulanz des Karolinen-Kinderspitales einen Fall von Urachusfistel. Bei der Untersuchung fand man in der Medianlinie am Mons Veneris den leicht geröteten Eingang zu einer haardünnen Fistel, aus der sich auf Druck krümmelige, weiß-graue Massen entleerten, die unter dem Mikroskop Plattenepithelien, Detritus und Fetttröpfchen, aber keine Leukozyten erkennen ließen. Ein Tumor war nicht zu palpieren. Mit der eingeführten Sonde gelangte man hinter der Symphyse zirka 3 *cm* weit in die Tiefe. Der Versuch, Methylenblau zu injizieren und so einen direkten Zusammenhang mit der Blase nachzuweisen, gelang nicht.



Die Beschaffenheit des Sekretes legte die der Annahme eines Dermoids oder Atheroms nahe; doch ist bisher ein einwandfreier Fall von Dermoid der Bauchdecken außerhalb des Nabels nicht beschrieben worden, gegen Atherom spricht der tiefe Sitz der Affektion, hingegen weist die Lage der Fistel auf einen Zusammenhang mit dem Urachus. Es ist nun sehr wahrscheinlich, daß diese Fistel eine Urachusfistel darstellt.

Béla Schick: Über die Nachkrankheiten des Scharlachs. Man unterscheidet: die Gesamtheit der primären Scharlachsymptome mit ihren unmittelbaren Komplikationen und die Nierenentzündung als Nachkrankheit. Hauptsächlich die Nierenentzündung wird als spezifische Nachkrankheit angesehen, wobei ein symptomloser Intervall zwischen primären Scharlachsymptomen und Eintritt der nephritischen Symptome zu bestehen pflegt. Gleichzeitig oder 1—2 Tage vor der Nephritis kommt es häufig zu schmerzhafter Schwellung der Lymphdrüsen im Kieferwinkel und seitlich am Halse. Die Eintrittstage der Erkrankungen fallen in die Zeit vom zwölften Krankheitstage bis zur siebenten Woche. Schick hat die Scharlachrekonvaleszenz auf weitere Krankheitsbilder studiert und macht darauf aufmerksam, daß neben Lymphadenitis und Nephritis postscarlatinosa noch Fiebersteigerungen ohne Befund, Endokarditis und rheumatische Affektionen auftreten können. Vortragender nimmt an, daß am zwölften Krankheitstage des Scharlachs eine bis zur siebenten Woche dauernde Überempfindlichkeit des Organismus, also eine spezifische Dispositionsperiode für postkarlatinöse Erkrankungen besteht. Die größte Tendenz zum Wiederaufflackern des skarlatinösen Prozesses besteht in der dritten und vierten Woche.

Karl Hochsinger möchte darauf hinweisen, daß die Halsdrüsenerkrankung mit der skarlatinösen Erkrankung des Nasen-Rachenraumes hauptsächlich zusammenhänge und nicht als direkte Nachkrankheit zu bezeichnen sei. Bezüglich des postskarlatinösen Fiebers ohne Befund, solle da besonders an okkulte Gelenk-, Ohr- und Herzaffektionen gedacht werden. Scharlachrezidive kommt nach Hochsinger nur in Spitälern, nicht aber in der Privatpraxis vor, was die Entstehung einer nosokomialen Reinfektion nahelegt.

Julius Zappert verweist darauf, daß vielleicht auch bei anderen Infektionskrankheiten das Auftreten einer ähnlichen regelmäßigen Rezidive zu beobachten sei. So oft bei Keuchhusten, der ohne jeden Anlaß in zirka 4—5 Wochen nicht selten wieder für kurze Zeit aufflackert.

Hermann Schlesinger empfiehlt systematische anatomische Untersuchungen der Tonsillen bei Skarlatina vorzunehmen, da hier oft der Grund für manche Nacherkrankung gefunden werden könnte.

Paul Moser entgegnet Hochsinger, daß die Lymphdrüsenschwellungen bei Skarlatina nicht bloß auf die regionären Drüsengebiete des Nasen-Rachenraumes zu beziehen seien, da bei Skarlatina fast regelmäßig Schwellungen des mesenterialen Lymphdrüsensystems vorkommen. Moser möchte gerade auf diese Drüsengebiete als eine bisher nicht gewürdigte Ursache der äthiologisch oft schwer zu deutenden postskarlatinösen Fiebererscheinungen aufmerksam machen. Was die Rezidiven der Skarlatina anlangt, die von Hochsinger in der Privatpraxis nicht beobachtet werden konnten, so gehe es doch nicht an, diese Beobachtungen mit den von Schick an 1892 Scharlachfällen gemachten Erfahrungen mit 13 Rezidiven in irgendeinen Vergleich zu ziehen.

Karl Hochsinger erwidert, daß die Größe der Anschwellung der Halsdrüsen im Gegensatze zu den anderen Drüsen für die regionäre Infektion derselben vom Nasenrachenraume spreche.

Theodor Escherich weist auf die öfters vorkommende Myokarditis als Nachkrankheit bei Scharlach hin.

Im Schlußworte betont Schick gegenüber Hochsinger, daß das postskarlatinöse Fieber sicherlich einem bestimmten Krankheitsvorgange entspreche. Die postskarlatinöse Lymphadenitis läßt sich von den primären Scharlacherscheinungen und den sich unmittelbar anschließenden Lymphdrüsenschwellungen vollkommen trennen, sie steht auch mit der Intensität des Rachenprozesses in keinem Verhältnisse. Die Erreger der Lymphadenitis wie überhaupt die Erreger der Nachkrankheiten sind vom Primäraffekte in die Organe des Körpers gedrungen und hier nach kürzerer oder längerer Zeit in ihrer Entwicklung gehemmt worden. In der Zeit der spezifischen Dispositionsperiode kommt es dann zum Wiederaufflackern des skarlatinösen Prozesses. Über die von Escherich erwähnte Myokarditis hat Schick Beobachtungen angestellt, dieselben sind aber derzeit noch nicht abgeschlossen.

i. m.

V. Aus der Praxis.

Über die Verwendung des Ichthyol als schmerzstillendes Mittel. So schätzenswert viele interne Mittel z. B. Antipyrin, Phenazetin, Zitrophen, Aspirin bei Schmerzattacken auch sind, so können sie doch für sich allein als wirkliche Heilmittel nicht angesehen werden, da sie wohl den Schmerzanfall lindern und diesen sogar für Stunden vollständig beseitigen, aber in vielen Fällen nicht ohne Schädigung des Organismus in so hohen Dosen verwendet werden können, um eine vollständige Schmerzstillung und damit die effektive Heilung zu erreichen. Hirschkorn weist auf das Amon. sulfo ichthyol hin, das ihm bei allen schmerzhaften rheumatischen Übeln, wie Rheumatismen, Myalgien, die infolge von Refrigationen auftreten, die besten Dienste geleistet hat. Die beste Applikationsmethode ist folgende: Man nimmt 10% Ichthyolglyzerin, erwärmt dieses, tränkt damit eine lange Gazebinde, lege diese um den erkrankten Körperteil und lasse sie 3—4 Stunden ziehen. Will man die Wärme konstant erhalten, lege man einen Termophor darauf, und man kann sicher sein, schon nach den ersten Applikationen vollen Erfolg zu erzielen. Aber auch bei reinen Neuralgien und ganz besonders bei Neuralgien der Rückenmarkskranken sieht man gute Resultate vom Ichthyol. Hier wird das Ichthyol dem Bade zugesetzt (60 *g* für ein Vollbad). Der Kranke fühlt ein auffallendes Nachlassen der Schmerzen, und bei fortgesetztem Gebrauch hatte ich, besonders bei den Neuralgien peripheren Ursprunges, schon Gelegenheit, ein gänzliches Schwinden der Schmerzen zu beobachten. Auch bei Verwendung von Salzbädern kann man eine erhöhte Wirkung des Salzwassers beobachten, wenn man vor dem Bade die zu beeinflussende Stelle mit Ichthyol behandelt, namentlich wenn es sich um Exsudate handelt. Eine ganz vortreffliche Wirkung entwickelt das Ichthyol auch bei den verschiedenen Formen von Juckreiz der Haut. Besonders bei der Ekzembehandlung dürfte es kaum ein besseres schmerzlinderndes und heilendes Mittel geben; hier kommen auch so recht seine entzündungswidrigen, reduzierenden und antiparasitären Eigenschaften zur Geltung. Intern wirkt das Ichthyol auch schmerzstillend. So kann man bei innerer Darreichung des Ichthyols bei chronischem Magenkatarrh einen auffallenden Nachlaß der Schmerzempfindungen wahrnehmen. Zum Schlusse warnt H. vor den Ersatzpräparate für Ichthyol. Diese oft als gleichwertig mit Ichthyol angepriesen, sind nach H. nicht so wirksam und verläßlich wie das Ichtyol.

Pharmakologische Untersuchungen über die Wirkungsweise der Balsamika. Von Dr. Vieth. Vortrag, gehalten in der Dermatologischen Sektion der Naturforscherversammlung zu Stuttgart, September 1906.

Verfasser erinnert daran, daß die Reizwirkung der bisher gebräuchlichen Balsamika auf die Nieren, den Verdauungstraktus und die Haut von der chemischen Zusammensetzung der einzelnen Präparate abhängig ist und sich bei den Terpenen am stärksten äußert, während sie stufenweise abnimmt bis zu den Estern, welche am mildesten wirken, was durch die klinischen Erfahrungen mit dem in der letzten Zeit in die Therapie eingeführten Salizylester des Santalols, dem Santyl, vollauf bestätigt wurde.

Um die eigentliche antiblenorrhoische Wirkung der Balsamika festzustellen, hat Verf. die chemischen Veränderungen im Organismus nachgewiesen und sich die Frage vor-



gelegt, welche pharmakologischen Wirkungen diese veränderten Substanzen ausüben. Die Terpenalkohole entfalten, ähnlich dem Kokain, eine ausgesprochene lokal anästhetische Wirkung, welche beim Sandelöl etwa doppelt so lange anhält, wie beim Kawaharz. Bei der Prüfung am Kaninchenauge konnte auch eine deutliche Epithelschrumpfung bemerkt werden, die Verf. als Lymphabfluß deutet und in Zusammenhang bringt mit der eiterungswidrigen Eigenschaft der Balsamika. Die im Harn auftretenden balsamischen Säuren wirken eiweißfällend, also adstringierend. Diese schwach ätzende, häutchenbildende Eigenschaft scheint ein wichtiger Faktor der Heilwirkung des Balsamharnes, besonders bei Urethritis post. zu sein, ähnlich einer dünnen Lösung von Argent. nitric. Auch die Salizylsäure verhält sich bekanntlich auch in dieser Beziehung analog und besitzt adstringierende und blutstillende Eigenschaften, weshalb gerade das Santalolum salicylic. sich als zweckmäßige Kombination in therapeutischem Sinne erwiesen hat.

Diskussion: Hammer, Stuttgart, ist das Aufhören der Schmerzen und das Versiegen des Ausflusses nach Darreichung von Santyl oder O. sant. oft so auffällig, daß er an einer direkten Beeinflussung der Gonorrhoe in oben besprochenem Sinne kaum zweifelt. Auch Blaschko, Berlin, tritt für die interne Trippertherapie ein; besonders Santyl habe er vielfach mit gutem Erfolg angewandt. Wegen des völligen Fehlens der sonst so häufigen Nebenwirkungen seitens des Magens und der Nieren ziehe er es vor. (Medizin. Klinik, 1907, Nr. 47.)

VI. Notizen.

Wiener Ärztekammer. Der Vorstand der Wiener Ärztekammer fordert hiemit die Ärzteschaft Wiens, respektive die ärztlichen Vereine auf, gegen die geplante Einreihung der ärztlichen Telephone in die Kategorie der Geschäfts-Telephone schärfstens Stellung zu nehmen und die Bestrebungen aller jener Komitees, welche den Kampf gegen diese, speziell von der Ärzteschaft hart empfundene Erhöhung der Telephongebühren führen, in der energischesten und werktätigsten Weise zu unterstützen.

Von unserer Hochschule. Wie bekannt, hat Dr. Domenica Barbieri sein Vermögen zur Errichtung einer Dr. Theodor Billroth-Stiftung gewidmet, die jedoch erst in Zukunft aktiviert werden kann. Das Stiftungsvermögen beträgt etwa 300.000 K, seine Erträgnisse sind zu Stipendien für junge, an der zweiten chirurgischen Klinik tätige Chirurgen bestimmt.

Die Aktion der Landärzte. In der Versammlung der Delegierten und Subdelegierten der Organisation der niederösterreichischen Gemeindeärzte und der praktizierenden Ärzte Niederösterreichs wurden folgende zwei Beschlüsse einstimmig gefaßt: Im Jahre 1907 wird die öffentliche Impfung nicht durchgeführt; der Honorartarif wird vom 1. März d. J. an um 50 Prozent erhöht. — Vor kurzem wurde von den Ärzten der Bezirke Schwechat, Bruck an der Leitha, Hainburg sowie mehrerer anderer Bezirke beschlossen, der Leitung der freien Organisation der Gemeindeärzte und der Leitung der Organisation der praktischen Ärzte in Niederösterreich den Antrag zu unterbreiten, sämtliche Ärzte Niederösterreichs mögen an einem bestimmten Tage bei ihren zuständigen politischen Behörden ihre ärztliche Praxis abmelden. Zur Beratung und Beschlußfassung möge für die nächste Zeit ein allgemeiner Ärztetag nach Wien einberufen werden. — Die Weigerung der Landärzte, öffentliche Impfungen vorzunehmen, ist, wie von befreundeter Seite mitgeteilt wird, folgendermaßen zu verstehen: Es handelt sich hier durchaus nicht etwa um eine Resistenz der Ärzte, die sich weigern würden, Impfungen vorzunehmen. Jeder Arzt wird nach wie vor impfen, den Bemittelten gegen Entgelt, den Armen unentgeltlich. Geimpft wird aber nur derjenige werden, der zu dem Arzte in die Ordination kommt. Bis jetzt bestand auf dem Lande der Brauch, der seit langem den Unwillen der Ärzteschaft hervorrief: Die Bezirkshauptmannschaft oder der Landesausschuß setzte ein gewisses Pauschaule fest, für das zu bestimmten Zeiten an bestimmten Orten geimpft wurde. Dieses Pauschale besteht aus — 20 Heller. Hat demnach ein Landarzt im Laufe des Jahres hundert Impfungen vorgenommen, so macht er der Behörde die geimpften Personen in einer Zusammenstellung namhaft und erhält dafür 10 Gulden. Gegen diese Art der öffentlichen Impfung, richtiger gegen ihre Pauschalierung, wendet sich der Beschluß der Landärzte. Daß die öffentliche Hygiene nicht gefährdet werde, ist das oberste Prinzip der seit mehr als einem Jahre bestehenden Resistenz der Landärzte, und dieses Prinzip wird auch in diesem Falle zur Geltung gebracht. Die passive Resistenz arbeitet mit jenen Mitteln, welche der Behörde Mehrarbeit auflastet; darum wird nicht nur bei Infektionskrankheiten, sondern schon bei einem Infektionsverdachte die Anzeige erstattet. Die öffentliche Gesundheit kommt aber dabei nicht in Frage. Die Ärzte sind übrigens zur Vor-



nahme von Impfungen nicht verpflichtet. Das Gesetz schreibt den Ärzten vor, Kranken ihre Hilfe angedeihen zu lassen, die Vornahme von Impfungen aber, die als prophylaktische Maßnahmen anzusehen sind, wird durch das Gesetz den Ärzten nicht als Pflicht auferlegt.

O. Heller, **Luiga Merelli.** — Henriette v. Meerheimb, **Eine seltsame Hochzeit.** — Heinrich Köhler, **Die schöne Wally.** — 3 Novellen. Berlin, Albert Goldschmidt. Geheftet 50 Pf., elegant gebunden 75 Pf. Der Leser, der die drei zu einem Bande vereinigten Erzählungen durchblättert, gleicht einem Wanderer, der vor Tagesanbruch seinen Weg antritt, um durch das Dunkel der Nacht dem Glanze des neuen Tages entgegenzueilen. Denn dunkel und schwermütig ist die Stimmung der ersten Novelle, die das Los einer Selbstmörderin schildert; — wie Dämmerlicht liegt es über der zweiten, in welcher uns eine durch unverdientes Unglück verbitterte Frau begegnet, die sich nur zagend dem Glücke einer neuen Liebe hingibt; — heiteres Sonnengold aber durchleuchtet die dritte, diese originelle und anmutige Schilderung einer Heirat, bei welcher die Braut dem geliebten Manne vor dem Altar das Jawort weigert, um dann dennoch hinter dem Rücken der Hochzeitsgäste mit dem Gatten die Reise in das Land des Glückes anzutreten. Wie verschieden in Stimmung und Inhalt diese drei Novellen untereinander sind, so gleichen sie sich doch in einem Punkte — in dem Vergnügen, das die Lektüre jeder einzelnen dem Leser bereitet.

Ausschreibung. Am Rath schen allgem. öffentl. Krankenhause in Baden bei Wien ist mit 1. April 1907 die Stelle eines Sekundararztes zu besetzen. Mit dieser Stelle ist ein Jahresgehalt von 1440 K, freie Wohnung nebst Beheizung und Beleuchtung und das Recht zum Bezuge der Naturalkost gegen Ersatz der festgesetzten Regiepreise verbunden. Die Ausübung der Privatpraxis ist untersagt. Gesuche mit Nachweis der bisherigen Verwendung wollen seitens deutscher Bewerber bis längstens 15. März 1907 an den Stadtvorstand in Baden gerichtet werden. Persönliche Vorstellung nicht notwendig aber zulässig in der Zeit bis 15. März 1907 beim Referenten für Krankenhausangelegenheiten des Gemeinde-Ausschusses der landf. Stadt Baden, Herrn Josef Kollmann, Baden, Pfarrgasse Nr. 3.

VII. Offene Stellen.

Mähren. Stelle eines Hilfsarztes im allgemeinen öffentlichen Krankenhause in Iglau (Mähren). Jahresremuneration 1000 K, freie Wohnung in der Anstalt, Verpflegung aus der Anstaltsküche nach der I. Klasse, Beheizung und Beleuchtung. Die Stelle ist eine provisorische, beiderseits auf drei Monate kündbar und ist dem Hilfsarzte die Ausübung der Privatpraxis nicht gestattet. Gesuche mit Belegen über Alter, Stand, Zuständigkeit, Erlangung des Doktorgrades und die bisherige Verwendung sind beim Gemeinderate der Stadt Iglau bis längstens 10. Februar d. J. einzubringen.

Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1906 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—;** nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—.**

Medizinischer Zeitungsverlag
Telephon 22152. **Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.**

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor
Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
o. ö. Universitätsprofessor Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 7. Wien, 16. Februar 1907. Nr. 7.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13313) zu senden.

Leopold v. Schrötter-Kristelli.

Prof. v. Schrötter feierte am 5. Februar seinen 70. Geburtstag. Es hieße Eulen nach Athen tragen, wenn man in einem medizinischen Blatte seine allgemeine Bedeutung für die Wissenschaft hervorhöbe; er ist noch einer von jenen Alten, die den Namen „Wiener Schule" zu einem volltönenden machte. Leopold v. Schrötter ist der Sohn des berühmten Chemikers, des Entdeckers des amorphen Schwefels. Durch eisernen Fleiß und reiche Begabung verhalf der Sohn dem Namen noch einmal zur Berühmtheit.

1861 wurde er zum Doktor der Medizin promoviert; hierauf wurde er Zögling des Operationsinstitutes. 1863 wurde er von Altmeister Skoda zum klinischen Assistenten gewählt. Noch während seiner Dienstzeit an der Skodaschen Klinik machte er sich unter Überwindung mancher Schwierigkeiten fast als Autodidakt die Technik der Laryngoskopie zu eigen. Die erste Operation der Kehlkopfpolypen nahm V. v. Bruns vor; jedoch hat Schrötter seit seiner ersten Polypenoperation im Jahre 1865 sich sehr verdient um die Technik und die Ausgestaltung des Instrumentariums gemacht. 1867 habilitierte sich Schrötter für Laryngoskopie. 1870 erreichte er das Ziel seiner Wünsche, die Errichtung einer laryngoskopischen Klinik unter seiner Leitung. Von 1877 bis 1881 war Schrötter Primararzt im Rudolfsspitale. 1885 wurde er zum außerordentlichen Professor der gesamten inneren Medizin ernannt und erhielt 1890 die Leitung der neuerrichteten vierten medizinischen Klinik, an der er bis heute wirkt, während die laryngologische Klinik in Störk einen neuen Vorstand erhielt.

Dies sind die wichtigsten Marksteine aus dem Leben des Gelehrten, dessen Ehrentag nicht nur in Österreich ein Echo erweckt, die laryngologische Gesellschaft in London und die Societé de Therapeutique übersandten dem Jubilar unter herzlichen Begleitworten das Diplom eines Ehrenmitgliedes; ein gleiches Diplom übersandte ihm die Wiener laryngologische Gesellschaft. Die Deutsche laryngologische Gesellschaft übersandte eine Adresse. Im Hörsaale der dritten medizin. Klinik fand eine akademische Festfeier statt, bei welcher dem Jubilar eine Festschrift mit Arbeiten ehemaliger Schüler überreicht wurde. Auf mehrere Ansprachen erwiderte Schrötter folgendes:

„Vor allem danke ich dem Meister da oben, daß er mir den Weg gewiesen hat, den ich gegangen bin. Ihm habe ich es zu verdanken, daß ich, wenn auch in tiefster Demut, an dieser Stelle wirken kann." Der sichtlich ergriffene Jubilar dankte hierauf allen denen, die sich um das Zustandekommen der, wie Schrötter sagte, viel zu groß angelegten Feier verdient gemacht haben, und warf dann einen Rückblick auf seine mehr als vierzigjährige Tätigkeit. Der Unterrichtsbetrieb habe sich seit dieser Zeit gewaltig geändert. Die früher am Krankenbette gehaltenen Vorlesungen mußten verschiedener Unzukömmlichkeiten wegen in die Hörsäle verlegt werden. Durch den Neubau der Kliniken gehe die Wiener medizinische Schule, wenigstens was die Lehrräume betrifft, wieder einer frohen Zukunft entgegen. Dem verstorbenen Minister Hartel gebühre der Dank dafür, daß er es dahin gebracht habe, die Schaffung der neuen Kliniken zur Tatsache werden zu lassen. Hofrat v. Schrötter berührte auch das Frauenstudium und sagte, er sei kein Feind desselben, bleibe aber bei seiner Anschauung stehen, daß die Frauen die Blumen der Menschheit bleiben und nur, wenn sie besonderen Beruf in sich fühlen und die körperliche Eignung haben, sich der schwersten aller Wissenschaften, der Medizin, widmen sollen. Am Schlusse seiner Rede richtete Hofrat v. Schrötter an die Studenten den warmen Appell, sich nicht durch bittere Lebenserfahrungen um den Idealismus bringen zu lassen, den niemand nötiger habe als der Arzt.

In den Tagesblättern veröffentlichten Schüler des Gefeierten Würdigungen Schrötters, aus denen wir folgende markante Stellen hervorheben. Professor O. Chiari sagt: Von seinen Verdiensten um die Laryngologie muß noch besonders hervorgehoben werden, daß er die Einführung des Kokains wesentlich förderte. Als Jelinek im Jahre 1884 während seiner Dienstzeit auf der laryngologischen Klinik, durch Koller angeregt, die Anästhesie des Kehlkopfes mit Kokain durchführte, unterstützte ihn Schrötter in jeder Art, und Schrötter selbst entfernte als der erste unter Kokainanästhesie Polypen und Fremdkörper aus dem Kehlkopfe. Der Fortschritt der intralaryngealen Chirurgie ist seit dieser Zeit ein enormer gewesen und den armen Kranken blieben die früher oft notwendigen, Tage oder Wochen dauernden Vorübungen meistens erspart. Man denke nur an einen im Kehlkopf eingekeilten Fremdkörper, dessen schleunigste Entfernung zur Erhaltung des Lebens notwendig ist. Vor 1884 mußte man da gewöhnlich den Kehlkopfschnitt vornehmen, jetzt, unter Kokainanästhese, gelingt die Extraktion fast immer von oben in der kürzesten Zeit ohne äußere Verletzung.

Schrötters literarische Tätigkeit war zu allen Zeiten groß; außer zahlreichen wissenschaftlichen Abhandlungen in medizinischen Zeitschriften und Fachblättern erschienen im Buchhandel die schon erwähnten Mitteilungen aus der laryngologischen Klinik 1871 und 1875. dann „Über die Behandlung der Larynxstenosen“ 1877 und als sein Hauptwerk „Die Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes“ in Lieferungen von 1887 bis 1892, sowie die „Vorlesungen über die Krankheiten der Luftröhre“ 1896. Namentlich in diesem Hauptwerke kann man die reiche Erfahrung und die große Gewissenhaftigkeit des Autors erkennen. Besonders die nervösen Krankheiten des Kehlkopfes und die Erkrankungen der Luftröhre sind glänzend beschrieben. Überall weist Schrötter auf die Notwendigkeit hin, die interne Medizin vollständig zu beherrschen, wenn man die Krankheiten der oberen Luftwege behandeln will.

Große Beiträge lieferte er für verschiedene Handbücher; so bearbeitete er für Ziemssens Handbuch die Herzkrankheiten, für Zeißls Handbuch die Kehlkopfsyphilis und für Notnagels Handbuch die Krankheiten der Gefäße.

Als Praktiker war Schrötter immer sehr beschäftigt, weil man ihm allgemeines Vertrauen entgegenbrachte. Oft wurde er zu Konsilien geladen. Am meisten bekannt ist seine Berufung im November 1887 zu dem deutschen Kronprinzen Friedrich nach San Remo. Er konnte dort, gestützt auf seine reiche Erfahrung, mit Sicherheit die Diagnose auf Kehlkopfkrebs stellen und wurde bei dem Konsilium mit den anderen Ärzten, nämlich Sir Morell Mackenzie aus London, Doktor Krause aus Berlin, Dr. Moritz Schmidt aus Frankfurt am Main, mit der Aufgabe betraut, dem Patienten diese Eröffnung zu machen und ihm die totale Exstirpation des Kehlkopfes anzuraten. Wie Morell Mackenzie in seinem Buche über die Krankheit des nachmaligen Kaisers Friedrich schreibt, „entledigte sich Schrötter seiner peinlichen Aufgabe mit großem Takt und mit Klugheit in Gegenwart der Kronprinzessin und aller Ärzte“. Schrötter ist eben ein Arzt, welcher auch in schwierigen Lagen energisch, aber doch schonend vorzugehen versteht, wie es der treue Berater und wahre Freund des Kranken tun soll.

Als Lehrer ist Schrötter einfach, aber sehr exakt in seinem Vortrag und sucht sich so viel als möglich mit jedem einzelnen Hörer zu beschäftigen und ihn bei der Krankenuntersuchung zu unterweisen, soweit es das Wohl des Patienten zuläßt. Deswegen waren seine Kurse über Laryngoskopie und Rhinoskopie außerordentlich besucht; fast keiner der vielen fremden Ärzte, welche Wien wegen der praktischen Unterrichtsmethode in den klinischen Fächern aufsuchten, versäumte diese Gelegenheit, etwas Tüchtiges zu lernen. Besonders kamen und kommen noch jetzt viele Engländer und Amerikaner nach Wien, um Eye, Ear and Throat zu studieren. Gegenwärtig hält Schrötter nur Vorlesungen über innere Medizin.

Groß sind seine Verdienste um die Bekämpfung der Tuberkulose. Ihm gelang es unter Überwindung zahlreicher Schwierigkeiten, die erste Heilstätte für die leichteren Formen dieser Erkrankung ins Leben zu rufen. Die Heilanstalt Alland, welche das Muster für alle späteren Gründungen dieser Art abgab, stand lange Zeit unter seiner ausgezeichneten Leitung. Er ist auch noch jetzt als Mitglied der internationalen Kommission zur Bekämpfung der Tuberkulose und als Vizepräses des engeren Rates des Zentralbureaus in Berlin tätig.

Schrötter als Lehrer.

Von Primararzt Dozent v. Weismayr.

Was Schrötter als Lehrer gerade für uns Wiener ganz besonderen Wert verleiht, ist auf seinen Werdegang als Internist zurückzuführen. Nachdem er sich im Jahre 1861 das Doktordiplom erworben und zwei Jahre als Operateur bei Schuh tätig gewesen war, trat er mit dem Größten unserer Großen, Skoda, in Kontakt und blieb durch Jahre Assistent an dessen Klinik. Damit war seiner weiteren Entwicklung der Weg gewiesen. Denn was Skoda lehrte, war und blieb für Schrötter Evangelium. Noch heute ist die Erinnerung an seinen Lehrer und Meister so lebhaft, daß Schrötter, wenn er im engeren Kreise seiner Schüler von Skoda spricht, nicht nur dessen Worte zitiert, sondern seine Stimme nachahmt. Der erste Schmuck, den Schrötter seinerzeit seinem neuen Hörsaale widmete, war Skodas Büste, die wir seither wiederholt bei feierlichen Gelegenheiten, die sich in diesem Saale abspielten, mit einem Lorbeerkranz geschmückt sahen.

Daß diese stete dankbare Erinnerung an Skoda in erster Linie richtunggebend für Schrötters Lehren war, braucht ja nach alldem nicht mehr ausdrücklich betont zu werden. Auf diese Weise stellt Schrötter das Bindeglied zwischen der heutigen Generation und dem goldenen Zeitalter der ruhmreichen Wiener Schule des vergangenen Jahrhunderts her. Skodas Worte hören wir aus seinem Munde, Skodascher Geist weht uns aus seinen Vorlesungen und Arbeiten entgegen.

Dem ist es zu danken, daß sich Schrötter als Internist, ohne je die anderen Gebiete dieser Wissenschaft zu vernachlässigen, doch in erster Reihe mit den Erkrankungen der Brustorgane beschäftigt. Überaus wertvoll sind die Arbeiten, die er aus diesem Spezialfache veröffentlicht hat. Ich nenne nur seine Publikationen über Behandlung der Lungenentzündung. Vorlesungen über Brustkrankheiten, Erkrankungen des Herzens in Ziemssens Handbuch und seine neueren großen Arbeiten über die Erkrankungen des Herzbeutels und der Blutgefäße, die in Nothnagels Handbuch erschienen sind.

Auch in seinen Vorlesungen bespricht er stets die Erkrankungen der Lunge und des Herzens ganz besonders. Klassisch, ja einzig in ihrer Art sind seine zusammenhängenden Vorträge über Perkussion und Auskultation, ein Thema, dem er regelmäßig im Wintersemester eine Reihe von Vorlesungen widmet. Gerade diese Besprechungen geben Schrötter die reichste Gelegenheit, dem Hörer alles in der ursprünglichen, von Skoda gelehrten, bis heute kaum geänderten Form, nur vermehrt durch die Entdeckungen der neueren Zeit, genußreich und nutzbringend darzustellen. Diese Vorlesungen sollten mit Schrötters Scheiden nicht den kommenden Generationen verloren gehen! Möge Schrötter daher seine vor langen Jahren einmal geäußerte Idee realisieren und Skodas „Abhandlungen über Perkussion und Auskultation“, ein klassisches Werk, das aber seit Dezennien nicht mehr in neuer Auflage erschienen und überdies im Buchhandel vergriffen ist, dem heutigen Stande der Wissenschaft angepaßt herausgeben. Er würde sich dadurch ein neues außerordentliches Verdienst um die Wissenschaft und den Ruf der Wiener Schule erwerben.

Schrötters unermüdliches Streben in seinen klinischen Vorträgen ist es, seine Worte bei den Hörern auf fruchtbaren Boden fallen zu lassen und sie praktisch verwertbar zu machen. Wohlgedrechselte, durch theoretisch-wissenschaftliche Details zu sehr komplizierte Vorlesungen vermeidend, hält er sich vor allem an das Praktische. Die Demonstration des Kranken ist ihm Hauptsache; denn nur was der Hörer gesehen, gehört, gefühlt, wird ihm immer in Erinnerung bleiben. Stets legt er Gewicht darauf, daß die Studenten Gelegenheit haben, den Verlauf der Krankheit kennen zu lernen, um so die Wirklichkeit mit der in der Vorlesung gestellten Vorhersage vergleichen zu können. Nicht minder wichtig erschien es ihm seit jeher, in allen tödlich ausgegangenen Krankheitsfällen dem Hörer durch genaueste Beobachtung der Sektion das schon im Leben gezeigte Bild vollkommen klar zu machen. Nebenbei bemerkt, ist auch das eine erst von Skoda herrührende Gepflogenheit; früher scheute man sich, es dem Hörer mitzuteilen, wenn ein Kranker gestorben war, um das ärztliche Können des Professors nicht zu verunglimpfen.

Schrötters Kampf gegen die Tuberkulose.

Von Dr. Josef Sorgo, Direktor der Heilanstalt Alland.

Eine große, von den edelsten humanitären Zielen geleitete sozialhygienische Bewegung nennt Hofrat v. Schrötter ihren Vater: Die Antituberkulosebewegung. So groß auch sein Ruf und seine Verdienste als Arzt sein mögen, den größten



Teil seiner heutigen Popularität hat Hofrat v. Schrötter gewiß dem Umstande zu danken, daß er diese Bewegung ins Leben rief und mit den reichen Mitteln seines Geistes und seiner Persönlichkeit förderte. Die Antituberkulosebewegung, welche bereits dank den Bemühungen Hofrat v. Schrötters auf internationaler Basis ruht, hat von Österreich ihren Ausgang genommen. Diesen großen Ruhm hat Hofrat v. Schrötter seinem Vaterlande erworben, das er stets innig liebte und dessen reiche Naturschätze er immer bestrebt war, der leidenden Menschheit nutzbar zu machen. Heute, da der Jubilar in ungebrochener körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit seinen 70. Geburtstag begeht und die Glückwünsche und den Dank der Mitwelt entgegennimmt für das, was er in einem an Arbeit und Arbeitsfreude reichen Leben geleistet, sei seiner größten Ruhmestat an erster Stelle gedacht.

Mit dem Jahre 1883 begann eine neue Ära schöpferischer Tätigkeit für Hofrat Schrötter. In diesem regte er als der erste im Wiener medizinischen Doktorenkollegium den Gedanken an, eine Tuberkulose-Heilstätte in der Umgebung Wiens für arme Brustkranke zu errichten und den großen Schatz klimatischer Heilfaktoren, welchen die schönen Gebiete des Wienerwaldes bergen, der tuberkulösen Bevölkerung nutzbar zu machen. Der Gedanke war damals neu, wohl auch der Zweifel groß, ob es gelänge, die meist für unheilbar gehaltene Krankheit mit so einfachen Mitteln zu heilen. Auch war die Schar von Männern und Frauen, die sich für diesen Gedanken begeisterte und Hofrat v. Schrötter treue Gefolgschaft hielt, anfangs nur klein und wirkte sehr langsam; und die Schwierigkeiten, die zu überwinden waren, wurden immer mehr und mehr, es bedurfte fürwahr der eisernen Energie Schrötters, die an neuen Hindernissen immer neu erstarkte, seiner nie erlahmenden Arbeitskraft und seiner außerordentlichen Hingabe an das Werk, das zu schaffen er sich vorgenommen und dem zuliebe er jederzeit eigene materielle Interessen herausgab, um endlich nach einem jahrelangen Ringen und Mühen die erste Volksheilstätte für Tuberkulöse in Österreich, die Heilanstalt Alland, 1898 erstehen zu lassen. Und es bedurfte des praktisches Blickes, der Schrötter eigen ist, und seiner reichen ärztlichen Erfahrung und seines Wissens, um die Heilstätte so zu bauen, wie sie ist, als Musterheilstätte, in Bau und Einrichtung ihrem Zwecke voll entsprechend, und um den geeigneten Platz ausfindig zu machen, wo sie stehen sollte. Schon die Lage Allands, welche ihresgleichen sucht und die Bewunderung eines jeden Besuchers erregt, verrät den genialen Blick des Mannes, der diesen Bau schuf.

15 Jahre zähesten Ringens bedurfte es, bis die erste Volksheilstätte in Österreich — Alland eröffnet werden konnte. Viel schneller hat Deutschland den fruchtbaren Gedanken Schrötters aufgegriffen und realisiert. Schon im Jahre 1892 erstand dort die erste Volksheilstätte für Tuberkulöse und dann ging es, begünstigt durch eine vorgeschrittene soziale Gesetzgebung, raschen Schrittes vorwärts, und als Alland eröffnet wurde, verfügte das Deutsche Reich bereits über eine große Zahl von Volksheilstätten. Heute hat es deren weit über hundert. Ebenso faßte in allen anderen Staaten Europas und in den Vereinigten Staaten Amerikas diese Bewegung rasch Wurzel, und heute gibt es keinen zivilisierten Stadt mehr, der nicht eine oder mehrere Volksheilstätten für Tuberkulose besitzen würde, und überall ist die Heilstättenbewegung in vollem Aufschwunge. Auch Österreich ist mittlerweile nicht stille gestanden; abgesehen von der bedeutenden Vergrößerung der Heilanstalt Alland durch einen neuen Pavillon im vorigen Jahre und der unausgesetzten Agitation des Vereines Heilanstalt Alland im Kampfe gegen die Tuberkulose sind diesem Kampfe durch die Eröffnung der Volksheilstätte Hörgas bei Graz und die Tätigkeit des Hilfsvereines für Lungenkranke neue Hilfskräfte zugewachsen.

Die Tuberkulose in Stuttgart 1873—1902.

Ergebnisse der Untersuchungen einer vom Stuttgarter ärztlichen Vereine eingesetzten Kommission.

Bearbeitet von Dr. **Wilhelm Weinberg** in Stuttgart.

(Fortsetzung.)

Der Einfluß der Geburten kommt in den Stuttgarter Zahlen für beide Geschlechter ohne Berücksichtigung des Familienstandes nicht zum Ausdruck in einer vermehrten Sterblichkeit der Frau an Tuberkulose während des geburtsfähigen Alters; allenfalls kann man diesen Einfluß in der stetigen Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit bis ins hohe Alter hinein suchen. Wir werden aber sehen, daß an dieser Erscheinung auch noch andere Ursachen schuld sind. An dem geringen Einfluß der Geburten auf die Sterbeziffer der Frau in Stuttgart ist teilweise die geringe Fruchtbarkeit schuld, aber weitgehende Untersuchungen haben ergeben, daß der Einfluß der Geburten überhaupt überschätzt wird.

Die württembergische Statistik gibt nach Elben[6]) ein wesentlich anderes Verhalten des Alterseinflusses. Hier fallen die höchsten Ziffern beim Mann auf das 50. bis 60. Jahr, bei der Frau auf die Zeit nach dem 60. Jahr. Insbesondere ist die Sterblichkeit an Tuberkulose nach dem 60. Lebensjahr sehr hoch in den Landgemeinden. Hier kommt möglicherweise die Mitzählung ungenauer Angaben in Frage,

Im folgenden ist die Sterblichkeit an Lungentuberkulose mit der Sterblichkeit an Tuberkulose anderer Organe verglichen.

Auf je 10.000 Lebende kamen: a) Todesfälle an Lungenschwindsucht; b) Todesfälle an Tuberkulose anderer Organe:

Tabelle G.

Alter in vollendeten Jahren	Bei den Männern						Bei den Frauen					
	1873—1882		1883—1892		1893—1902		1873—1882		1883—1892		1893—1902	
	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
1—4	15·1	21·9	15·5	27·3	10·0	20·4	19·3	25·2	12·9	25·9	10·2	21·2
5—9	3·7	6·7	4·0	8·5	2·3	9·5	5·2	9·4	5·3	7·2	4·1	8·6
10—14	2·3	3·8	4·2	2·9	2·3	4·3	6·5	4·1	8·0	4·8	6·0	3·3
15—19	8·4	0·8	15·4	3·5	11·6	2·3	12·8	2·0	13·2	2·5	13·5	2·4
20—29	29·5	3·1	27·2	2·8	20·9	2·6	20·5	1·9	17·7	2·6	16·8	1·7
30—39	62·8	3·5	52·0	3·2	35·5	2·9	29·4	1·9	28·9	2·0	19·7	2·0
40—49	66·0	5·0	66·5	2·6	43·4	4·5	21·9	2·1	22·6	1·6	16·5	2·3
50—59	60·9	4·1	54·2	2·5	42·9	3·3	19·0	2·1	16·9	1·5	11·5	3·1
60—69	53·2	3·9	49·6	2·6	33·1	4·1	16·2	5·3	12·0	3·6	11·2	3·3
70—99	24·9	1·5	19·6	1·1	20·3	5·9	18·4	3·1	9·6	3·4	5·9	0·9

Nach dieser Tabelle bewegt sich die Zunahme und Abnahme der Sterblichkeit bei Lungentuberkulose und anderer Tuberkulose in ziemlich gleicher Richtung; lediglich die Quantität der Abnahme und Zunahme ist verschieden. Demnach erscheint die Unterscheidung der Tuberkulose nach verschiedenen Lokalisationen wenigstens bei den Erwachsenen nicht als von sehr großer Bedeutung.

[6]) Elben, Die Tuberkulose in Württemberg nach Alter und Beruf in den Jahren 1899—1901. Württembergische Jahrbücher für Statistik und Landeskunde. Jahrg. 1903. II. S. 152.



III.

Die Tuberkulose im ersten Lebensjahre.

Nach den Berechnungen von Elben betrug in Württemberg 1899—1901 die Sterblichkeit an Tuberkulose im ersten Lebensjahre:

Bezüglich Lungentuberkulose	31·1
„ Tuberkulose anderer Organe	13·2
Insgesamt	44·3

während im höheren Alter die höchste Sterbeziffer bei den Männern 46·2 im Alter 50—59 Jahre beträgt.

Für die Städte beträgt die Sterblichkeit im ersten Jahre des Lebens:

An Lungentuberkulose	23·3
„ Tuberkulose anderer Organe	26·5
zusammen	49·8

und für die Männer das Maximum im Alter 50—59 Jahre 47·8.

Im übrigen Lande erhält man eine Sterblichkeit im ersten Lebensjahr:

An Lungentuberkulose	32·2
„ Tuberkulose anderer Organe	10·4
zusammen	42·6

und für das Alter 50—59 Jahre bei den Männern ein Maximum von 45·9.

In den Städten und für das ganze Land ist also die Tuberkulosesterblichkeit größer im ersten Lebensjahre als in allen folgenden Altersklassen.

Für Stuttgart allein lassen sich ähnliche Nachweise erbringen. Ohne Vororte starben unter einem Jahre 1873—1882 an Lungentuberkulose 73, an Gehirnentzündung 380 Kinder; diese dürften mit verschwindenden Ausnahmen tuberkulös gewesen sein.

Dies gibt bei durchschnittlich 2600 lebenden Kindern eine jährliche Sterblichkeit = 170·4 auf 10.000 Lebende, also eine dreimal höhere Sterblichkeit als in dem Alter von 45 bis 49 Jahren, auf welches das Maximum für ganz Stuttgart mit 52·9 auf 10.000 Lebende fällt. Die Zahl der tatsächlich als tuberkulös bezeichneten Kinder ist wesentlich kleiner, in der Schweiz sind 1881—1890 etwa 50% aller an Meningitis unter 1 Jahr gestorbenen Kinder als tuberkulös bezeichnet, eine ähnliche Verrechnung würde für Stuttgart 190 + 73 = 263 Kinder und eine jährliche Tuberkulosesterblichkeit = 101·0 ergeben, also noch erheblich mehr als die Sterblichkeit an Tuberkulose bei den Erwachsenen beträgt. Dabei sind Knochen- und verschiedene andere Formen der Tuberkulose nicht berücksichtigt.

Für den Stadtdirektionsbezirk 1893—1902 erhält man als Mittel aus den Angaben des Statistischen Landesamtes und der Stadtärzte jährlich 26·5 Todesfälle an Tuberkulose überhaupt im Alter unter einem Jahr, das macht bei durchschnittlich 3282 lebenden Kindern gleichen Alters 80·7 auf 10.000 Lebende; das ist wesentlich mehr als das Maximum 52·9 bei den Männern im Alter von 45—49 Jahren. Der Unterschied ist als ein Minimum des wahren Unterschiedes zu betrachten.

Auch in England ist die Sterblichkeit an Tuberkulose im ersten Lebensjahre am höchsten. Sie beträgt 1881—1890 bei dem männlichen Geschlecht im ersten Lebensjahre 61·2‱, im 35.—44. Jahre 36·7‱; bei dem weiblichen Geschlecht im ersten Lebensjahre 54·1‱, im 25.—34. Jahre 29·2‱. Auch dort ist eine große Anzahl von Meningitiden nicht genügend spezifiziert, daher erscheint ebenfalls der Unterschied zu klein.

Die schweizerische Statistik würde bei richtiger Zählung der Fälle von Meningitis für 1881—1890 ebenfalls das Maximum im ersten Lebensjahre ergeben.

Es ist anzunehmen, daß mit der Verbesserung der Statistik des Kindesalters sich ein ähnliches Ergebnis auch anderwärts konstatieren lassen wird.

In der hohen Tuberkulosesterblichkeit des ersten Lebensjahres liegt eine wesentliche Stütze der Behringschen Theorie der Entstehung der Tuberkulose im Kindesalter durch infizierte Milch. Wenn die Theorie der Begünstigung der Infektion durch die Durchlässigkeit des Darmes richtig ist, so müssen sich Unterschiede in der Sterblichkeit an Tuberkulose im ersten Lebensjahre bei gut und schlecht stillenden Bezirken und Völkern ergeben, da für Brustkinder Infektion durch den Darm weniger in Betracht kommt, sofern es sich nicht um tuberkulöse Stillende handelt. Indessen ist die Statistik des ersten Lebensjahres für die ländlichen Bezirke nicht genügend ausgebildet.

(Fortsetzung folgt.)

Die Arteriosklerose und deren Behandlung.

Von Dr. **Alfred A. Lustig**, Kurarzt in Meran.

Zu den Krankheiten, welche in den letzten Jahren das Interesse der Ärztewelt in besonderem Maße in Anspruch nahmen, gehört unstreitig die Arteriosklerose und deren Folgezustand, die Gefäßverkalkung. Während dieselbe früher als eine senile Erkrankung angesehen wurde und man annahm, daß sie fast ausschließlich dem Alter eigen war, weiß man jetzt, daß sie Männer in den schönsten Jahren befällt.

Noch vor einigen Jahrzehnten zu den durch die physikalischen Untersuchungsmethoden nur in vorgeschrittenen und dann häufig auch schwer diagnostizierbaren Leiden gehörend, ist sie — seit Traube durch seine grundlegenden Arbeiten die klinischen Symptome desselben gelehrt und als seine prägnanteste die Erhöhung der Pulsspannung hervorgehoben, und von Basch als erster durch Konstruktion eines sinnreichen Apparates die Messung dieser Spannungserhöhung i. e. Blutdrucksteigerung ermöglicht — heute selbst in dessen Anfangsstadien zu erkennen.

Basch fand durch ausführliche Tierexperimente, daß nicht der Widerstand in den größeren, sondern in den kleinen und kleinsten Gefäßen die Ursache zur Erhöhung des Blutdruckes abgibt. In erster Reihe sind es die Viszeralgefäße, welche durch ihre Kontraktion den Blutdruck erhöhen, und da deren Kapazität insbesondere des Pfortadersystems sehr groß ist, so muß ihr Einfluß, je nach ihrem Füllungsgrade auf Blutdruck und Zirkulation, ein mächtiger sein. Dieser Umstand erklärt auch die Tatsache, warum üppige Lebensweise so leicht zur Arteriosklerose führt. Die Verdauungsflüssigkeit wird in großen Mengen durch das Pfortadersystem und Chylusgefäße in die Venen geführt, welche vermöge ihrer Dehnbarkeit dieselbe in sich aufnehmen und zum Hauptmotor der Zirkulation, zum Herzen, führen, welches infolge starken Füllungsgrades in erhöhte Tätigkeit versetzt, mit größerer Kraft die Blutmasse in das Arteriensystem hineinpreßt und hiedurch zur Erhöhung der Spannung in demselben beiträgt. Wird diese Überhäufung des Blutkreislaufes eine kontinuierliche und fällt bei mangelnder Körperbewegung die Muskeltätigkeit als mächtige Triebkraft für den Blutstrom in den Venen fort, so muß es zu einer Überfüllung des Venensystems kommen, was sich bei längerer Dauer durch sichtbare Varikositäten und Ektasien der Hautgefäße bemerkbar macht und solchen Kranken, wenn sich die Überfüllung auch in dem Oberkörper, besonders im Jugularvenengebiete etabliert, ein intensiv rotes Kolorit im Gesichte verleiht, welches von den Laien fälschlich als Zeichen strotzender Gesundheit gedeutet wird. Hiezu kommt noch die Abnahme der Oxydationsenergie, wodurch es zur Anhäufung von Fett im Körper, besonders im weitmaschigen Bindegewebe des Mesenterium und der Nierenkapsel kommt, wodurch ein mechanisches Moment der Zirkulationsbehinderung in den Gefäßen gegeben ist.

Da auch die Zirkulation in den Darmwandungen nicht gleichen Schritt mit der Verdauung und der Resorption hält, kommt es leicht zu Störungen der Darmtätigkeit, welche zu abnormen Gasentwicklungen und Obstipation führend, wieder durch die meteoristisch aufgetriebenen Darmschlingen und infolge Druckes der stagnierenden Kotmassen zur Behinderung der Zirkulation beiträgt.

Zu der mechanischen Behinderung der Zirkulation kommt noch die Widerstandserhöhung durch Vasokonstriktion, welche die Folge der Einwirkung der Abbauprodukte des Eiweißstoffwechsels auf die Vasomotoren ist.



Auch andere Momente scheinen noch die Gefäßkontraktion zu begünstigen. Diesbezüglich verweise ich auf meine ausführlichen Versuche, welche ich lange Zeit mit der Fleischbrühe anstellte. Ich fand — nachdem alle anderen Möglichkeiten zur Blutdruckerhöhung ausgeschaltet waren, daß dieselbe konstant zur Blutdrucksteigerung führt, und zwar beträgt die Erhöhung 15—25 Hg *mm* bei Arteriosklerotikern und 10—15 Hg *mm* bei Leuten mit gesundem Gefäßsystem und Herzen. Wieso diese Wirkung zustande kommt, konnte ich nicht klarstellen. Es scheint eine Beeinflussung der Vasomotoren durch Extraktivstoffe des Fleisches dieselbe hervorzurufen. Denselben Effekt erzielte ich durch über 150 bis 200 *g* betragende rohe oder englisch gebratene, schwere Fleischsorten.

Da aber das Wohlleben gewöhnlich mit Alkohol- und Tabakgenuß verbunden ist, so ist bei der durch physiologische Tatsachen erwiesenen Gefäßkontraktion hervorrufenden Eigenschaften des Alkohols und der Einwirkung des Nikotins auf den Sympathikus und Vagus der Einfluß dieser Faktoren auf Blutdruck leicht erklärlich. Die durch mechanische und vasokonstriktorische Ursachen begründete Widerstandserhöhung und Zirkulationsbehinderung, gepaart mit toxischen und chemischen Reizen, muß unbedingt zu Störungen nutritiver und morphologischer Art der Gefäßwandungen führen, welche sich als fettige Degeneration des Endothels und Bindegewebswucherung in Intima und Media manifestierend, zur Abnahme der Elastizität und Kontraktilität, sowie Verdickung der Gefäßwände führen.

Da die Prozesse von biologischer Bedeutung sich niemals in größeren, sondern stets in den allerkleinsten Blutbahnen abspielen, so ist die pathognomische und genetische Bedeutung der Erkrankung der kleinsten Gefäße, für welche von Durozier zuerst die Bezeichnung Angiosklerosis eingeführt und von Basch und seinen Schülern beibehalten wurde, einleuchtend.

Ganz andere Ursachen liegen bei der Gefäßveränderung schwer arbeitender Menschen vor. Durch die anhaltende Muskeltätigkeit wird nicht nur die Herzaktion intensiv gesteigert, sondern in erster Reihe werden die arteriellen Gefäße durch fortwährende Überanstrengung in ihrer Funktionsfähigkeit mit der Zeit herabgesetzt, wodurch sich die Lokalisation des Prozesses auf gewisse periphere Gefäßgebiete bei der schwer arbeitenden Bevölkerungsklasse erklärt; höchstwahrscheinlich entstehen auch durch kräftige Tätigkeit in den Muskeln chemische Stoffe, welche als Reize auf die vasomotorischen Gefäße und Zentren einwirken und Vasokonstriktion hervorrufen.

Kommt dabei noch die schädliche Wirkung des Alkohols hinzu, so wird der Eintritt der Gefäßerkrankung beschleunigt.

Von vielen wird diese, den Eintritt der Arteriosklerose direkt veranlassende Wirkung des Alkohols negiert. Mit Unrecht! Denn es ist durch physiologische Tatsachen festgestellt, daß die Hunde bei länger andauernder Fütterung mit Alkohol an Arteriosklerose erkranken. Daß manche Leute trotz Alkoholismus ein hohes Alter erreichen, rührt davon her, daß dieselben ein resistentes Gefäßsystem und kräftiges Herz haben. Für Einwirkung des Alkoholismus spricht auch der Umstand, daß bei Abusus spirituosiorum Männer in sehr jungen Jahren an Sklerosis der Gefäße erkranken.

Der ursächliche Zusammenhang zwischen Gicht, Diabetes und Arteriosklerose ist, da beide Krankheiten die Folgen des Wohllebens sind, leicht erklärlich.

Anatomisch verwandt, doch nicht vollständig gleichartig sind die Gefäßwandveränderungen, welche infolge von Syphilis auftreten. Heubner verdanken wir die Kenntnis der klinischen Symptome der auf Syphilis basierenden Sklerosen, welche sich vornehmlich in den Zerebralarterien lokalisieren und nur selten die peripheren Arterien befallen — wie die Kranzarterien des Herzens — und sehr selten zur Verkalkung führen, da das Endothel bei luetischen Endarteriitiden intakt und nur die Intima und Media degenerieren.

Als unterstützende ätiologische Momente für die frühzeitig entstehenden Sklerosen sind angeborene oder erworbene Schwäche des Gefäßsystems und des Herzens, psychische und physische Alterationen, chronische Nephritis und eine Menge anderer Schädlichkeiten, die das tägliche Leben im Kampfe ums Dasein mit sich bringt, zu nennen.

Daß die Krankheit vorwiegend das männliche Geschlecht befällt, ist mit dem Umstande zusammenhängend, daß die Frauen im allgemeinen mäßig leben und Tabak- und Alkoholgenuß meiden und dem Kampf ums Dasein größtenteils entrückt sind. Trifft dieses Moment nicht zu, so erkrankt das Weib rascher und intensiver.

Arteriosklerosis und Verkalkung der Gefäße sind nicht identische Prozesse. Die Arteriosklerose gibt nur die Basis zur Kalkablagerung. Ursache derselben sind feinere chemische Vorgänge im Blute, in welchem die Produkte des Eiweißstoffwechsels, welche Stoffe sauerer Natur sind, mit den Alkalien des Blutes sich verbindend, durch die Nieren eliminiert werden. Hiedurch nimmt die Alkaleszenz des Blutes ab, und da der phosphorsaure Kalk im Wasser unlöslich und nur bei Gegenwart genügender Salze löslich ist, so kommt es zur Ausscheidung desselben in die durch destruktive Prozesse veränderten Gefäßwände. Nach Jaekle soll die Ablagerung von Fettsäuren in die degenerierten Gefäßwände zur Bildung von Kalkseifen führen und, nach Rumpf, erst später durch Phosphor- und Kohlensäure ersetzt werden.

Damit Verkalkung zustande komme, muß im Blute auch eine reichliche Menge Kalk vorhanden sein. Th. Rumpf fand dies in einem Falle von Arteriosklerose bestätigt, indem er in 1000 Teilen frischen Blutes 0·182 *g* Ca O. statt der normalen Menge von 0·1 vorfand. Auch ich fand in drei Fällen der Arteriosklerose, wo ich teils wegen Dyspnoe und kardialem Asthma bei zwei plethorischen Männern, teils wegen Urämie bei einer neben Arteriosklerosis auch an Schrumpfniere leidenden Dame die Venesektion mit nachfolgender Kochsalzinfusion vornahm, bedeutend erhöhten Kalkgehalt, und zwar 0·157, 0·193, bei der Dame sogar 0·28 Ca O. Am besten wird der Einfluß der Übersättigung des Blutes mit Kalk durch die Tatsache illustriert, daß in Gegenden, wo das Trinkwasser sich durch Kalkreichtum auszeichnet, die Arteriosklerose eine außerordentlich häufige und frühzeitig auftretende Krankheit ist.

Die Symptome der Krankheit sind verschieden, je nach der Intensität und Lokalisation des Prozesses. Als erstes prägnantestes Symptom ist die konstante Erhöhung des Blutdruckes zu nennen, welches Symptom nur in Fällen ausbleibt, wo durch frühere Prozesse der Herzmuskel in seiner Arbeitskraft geschwächt ist oder wo der Prozeß sich in den Ernährungsgefäßen des Herzens lokalisierend zu bedeutenden Destruktionen des Herzmuskels führt. Die Erhöhung des Blutdruckes erzeugt vollen gespannten Puls und führt, da bei Abnahme der Elastizität und Kontraktilität der Gefäßwände und Verengung ihrer Lumina durch sklerotische Prozesse die Mitwirkung der Gefäße bei der Zirkulation eliminiert ist und das Herz die Widerstände selbst überwinden und die Zirkulation aufrecht erhalten muß, zur kompensatorischen Vergrößerung und Verdickung des Herzens (Hypertrophie). Durch die erhöhte Spannung im Arteriensystem und dadurch bedingte kräftige Herzaktion entsteht ein breiter, resistenter Spitzstoß und der zweite akzentuierte Aortenton.

Von Basch unterscheidet drei Grade des Leidens: die Pseudeangiosklerosis, die latente und manifeste Arteriosklerose. Die Pseudoangiosklerosis ist nur durch die vorübergehende Blutdruckerhöhung charakterisiert. Der normale Blutdruck schwankt nach Baschs in über 100.000 Fällen vorgenommenen Messungen bei Gesunden zwischen 100—140 Hg *mm*. Die latenten und manifesten Arteriosklerosen sind durch bleibende Erhöhung des Blutdruckes über 150 Hg *mm* charakterisiert und unterscheiden sich voneinander nur dadurch, daß bei der letzteren als Zeichen starker Gefäßveränderungen in den Viszeral- und Renalgefäßen Albumin im Harn auftritt. Auch diejenigen Fälle von Arteriosklerose, welche bei über 60jähri-



gen Männern auftreten, rechnet er zu den manifesten Arteriosklerosen, wenn auch kein Eiweiß im Harn auftritt.

Ist der Prozeß vorwiegend in den Kranzarterien des Herzens lokalisiert, so treten die durch dieselben bedingten Krankheitserscheinungen in den Vordergrund, wie: rasch eintretende Müdigkeit, Brustbeklemmungen in beginnenden, Dyspnoe und Asthma cardialis in den mittelschweren und jene turbulenten Störungen in der Herzaktion, welche unter dem Namen Angina pectoris oder Stenokardie bekannt sind, in schweren Fällen hervor.

Am Beginne der Zerebralenarteriosklerosis sind Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, öfter wiederkehrende Schwindelanfälle und Gedächtnisschwäche die einzigen Symptome, zu welchen sich bei Zunahme der Intensität des Prozesses Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen gesellen, wie Parästhesie und Hemiparesen. Kommt es durch Berstung eines Gehirngefäßes zu Blutungen, so treten je nach Lokalisation und Intensität derselben Ausfallserscheinungen, wie: Hemi- und Paraplegien, Aphasien und Sprachlähmungen usw. auf. Die Nierensklerose führt zur Nierenschrumpfung, welche durch die dieselbe bedingte charakteristische Veränderung des Harns leicht diagnostizierbar ist.

Die Diagnose des Leidens bietet mit wenigen Ausnahmen selbst in seinen Anfangsstadien bei Berücksichtigung der anamnestischen Momente — seitdem die diagnostischen Hilfsmittel, wie Blutdruckmeß- und Röntgenapparate, sowie gute Smygmographen zur Verfügung stehen — keine besonderen Schwierigkeiten.

Mit den nötigen Behelfen für klinische Beobachtung und klinisches Arbeiten ausgestattet, widmete ich mich jahrelang dem eingehenden Studium der Krankheit und kam auf Grund der strengen Beobachtung eines entsprechend reichen Krankenmateriales zu dem Schlusse, daß die pessimistische Auffassung von der Prognose des Leidens unbegründet sei. Die Aussichten zur Erzielung eines Dauererfolges sind nur in denjenigen Fällen möglich, wo die Krankheit im Anfangsstadium erkannt, der entsprechenden Behandlung zugeführt wird, aber auch bei mehr fortgeschrittenen Fällen läßt sich eine merkliche Besserung, welche bei vernünftiger Lebensweise jahrelang anhalten kann, erzielen. Handelt es sich aber um ausgebreitete und fortgeschrittene sklerotische Prozesse lebenswichtiger Organe, so sind zwar die Aussichten für eine vorübergehende Besserung nicht ausgeschlossen, doch läßt sich in diesem Falle der letale Ausgang des Leidens nicht hintanhalten.

Die Therapie kann nicht nur bei beginnenden, sondern auch bei mehr fortgeschrittenen Fällen, mit Umsicht und Ausdauer durchgeführt, schöne Erfolge erringen. Neben der Eliminierung der ursächlichen Momente, Anregung des Stoffwechsels durch mechano-therapeutische und balneäre Maßnahmen ist eine rationell durchgeführte Diätetik in erster Reihe imstande, dem Fortschritt des Leidens Halt zu gebieten, respektive das beginnende Leiden im Keime zu ersticken. Bei der zu beobachtenden Diät muß man drei Indikationen entsprechen: 1. Einschränkung des Eiweißstoffwechsels auf das notwendigste Minimalmaß, 2. Verordnung einer kalkarmen Diät, welche durch ihre Zusammensetzung auch der Forderung nach Erhöhung der Alkaleszenz des Blutes Rechnung trägt und 3. Eliminierung der blutdrucksteigernden Nahrungs- und Genußmittel. Von nicht minderer Wichtigkeit sind milde Trinkkuren, durchgeführt mit einem kalkarmen, alkalireichen Wasser. Die tägliche Menge des Nahrungseiweißes war verschieden und bewegte sich zwischen 65—90 *g*. Dieselbe wird auf Grund eingehender, lange fortgesetzter Stoffwechseluntersuchungen festgestellt.

II. Referate.

Kasuistischer Beitrag zur chirurgischen Behandlung der durch stumpfe Gewalt verursachten Unterleibsverletzungen. Von Arthur Stern M. D. und Thomas E. Dolan M. D.

1. Irgend eine Gewalteinwirkung auf das Abdomen, direkt oder indirekt, kann mit innerer Verletzung des Darmes verbunden sein.

2. Eine Laparotomie ist gerechtfertigt in Fällen mit deutlicher Rigidität der Muskulatur.

3. Eine Operation ist unbedingt nötig, wenn außer Rigidität, Schmerz, Empfindlichkeit, Erbrechen, Shok oder andere intraabdominelle Symptome vorhanden sind.

4. Fälle, die nicht operiert werden, sind fast immer verloren.

5. Die Wichtigkeit der Frühoperation kann nicht stark genug betont werden.

6. Augenblicklich ist die Mortalität 75—80%.

7. Wenn ein größerer Teil der Verletzten früh operiert werden wird, wird die Mortalität viel geringer sein.

Und zum Schlusse heben die Autoren hervor, daß es gefährlich ist, auf das Verschwinden der Leberdämpfung zu warten, denn dann ist der Patient auch bei der Operation verloren. (Berl. klin. Woch. Nr. 51.)

*

Kasuistische Beiträge zur Behandlung gonorrhoischer Affektionen. Von Dr. N. Zorn (Spezialarzt für Sexualerkrankungen.)

Immer von neuem wird aus der Praxis mit höchster Anerkennung über den Fortschritt berichtet, welchen die Einführung des Arhovins in die Gonorrhoetherapie inauguriert hat. Auch Verf. der vorliegenden Arbeit hat die Unzulänglichkeit der ausschließlich lokalen Behandlung des Trippers lebhaft empfunden. Der unabweisbaren Forderung nach einer zweckmäßigen inneren Therapie des Trippers (welchen man ja nach dem häufigen Gonokokkenbefund im Blute der Tripperkranken mehr und mehr als richtige Infektionskrankheit und nicht als rein lokales Leiden aufzufassen gelernt hat), vermochten die zunächst das Feld beherrschenden Balsamika, wegen ihrer Magen, Darm und Nieren reizenden Nebenwirkungen, nicht zu genügen. Erst die Darstellung des Arhovins als einer ganz neuartigen Verbindung, ermöglichte ihre Erfüllung.

Die warme Anerkennung und Empfehlung, welche das Arhovin in diesem Sinne von allen Seiten fand, bewogen den Verf. es anzuwenden. Seine Erfolge bilden eine glänzende Bestätigung des Rufes, den das neue Mittel sich seit seiner Einführung schon errungen hat.

Zur Behandlung kamen Fälle von akuter und chronischer Gonorrhoe der Urethra ant. und post., akute Urethrozystitis, chronisch-gonorrhoische Zystitis, Vulvovaginitis gon., Fluor albus gon. Aus der Reihe dieser Beobachtungen schildert Verf. sechs Fälle in voller Ausführlichkeit. Sie geben ein treffendes Bild von der überaus günstigen Wirkung, die das Arhovin auf den gonorrhoischen Krankheitsprozeß ausübt. Rasches Nachlassen der Beschwerden, des Urindranges und der Schmerzen, baldige Klärung des Urins, selbst bei ständig stinkender ammoniakalischer Zersetzung, Verminderung der Eiterung und Abkürzung der Heilungsdauer durch Arhovin gehen aus ihnen mit Evidenz hervor.

Neben der internen Anwendung drei- bis sechsmal täglich 1—2 Kapseln a 0.25 *g*, welche in vielen Fällen allein zur völligen Heilung führte, hat Z. das Arhovin auch mit bestem Erfolg zu lokalen Injektionen benutzt.

Die ölige Lösung des Mittels 5 *g* Arhovin, 100 *g* Ol. Olivar. bietet hiebei den großen Vorteil, daß die nur bakterizide und nicht adstringierende Wirkung hat, somit eine vollkommene Glättung der Schleimhaut und dadurch Eindringen des Mittels in sämtliche Falten, sowie besondere Tiefenwirkung ermöglicht.

Der Autor zählt Arhovin zu den besten Antigonorrhoizis und meint: „Als Antizystitikum dürfte es heute die erste Stelle einnehmen“. (Monatsh. für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene, Nr. 36, 1906.)

*



Ein durch Operation entfernter Riesennierenstein. Von Dr. Johnsen, Osnabrück.

A. Sheild veröffentlichte in „The Lancet“, 15. Oktober 1904: „A case of gigantic renal culculus“. Der große Nierenstein wurde auf abdominalem Wege zugleich mit der Niere entfernt. Die durch septische Prozesse erschwerte Operation hatte eine völlige Heilung zur Folge. Sh. betont, daß sein Stein der größte aller bisher mit Erfolg operierten sei. Der l. c. abgebildete plumpe und massive Stein hat ein Gewicht von 570 *g*, eine Länge von 13 *cm*, einen größten Breitenumfang von 26 *cm*.

Ein am 5. Juli v. J. hier von Herrn Sanitätsrat Dr. Pelz operierter Nierenstein ist an Gewicht zwar geringer (339 *g*), an Größe, vor allem aber an Schönheit der Struktur dem englischen Konkurrenten weit überlegen. (Längenumfang 33 *cm*, Breite 28 *cm*.)

Erst im Jahre 1869 beginnt mit der ersten Nierenexstirpation durch Simon die Geschichte der Nierenchirurgie überhaupt. 1880 exzidierte Morris den ersten Nierenstein ohne Nephrektomie. Czerny eröffnete bei Steinbildung zuerst das Nierenbecken, Bardenheuer den Ureter. Le Dentu sicherte durch die erste Parenchymnaht eine exakte Blutstillung, Tuffier führte den durch Zondek modifizierten „Sektionsschnitt“ 1889 ein. v. Bergmann, J. Israel u. v. a. haben der Nierenchirurgie seitdem ihre allgemeine Anerkennung verschafft; sie ist also noch jung und zur Indikationsstellung die Veröffentlichung aller Erfolge und Mißerfolge dringend geboten. Den größten aller bisher mit Erfolg operierten Nierensteine nicht unbekannt zu lassen, ist ein weiterer Grund zur Publikation des interessanten Falles. (Berl. klin. Woch. Nr. 51.)

*

Eklampsie und Wetter. Von Dr. Wilhelm Ruth.

Daß Eklampsie von der Witterung abhängig wäre, ist schon vor ungefähr 150 Jahren von Denman ausgesprochen worden. Im allgemeinen hat sie aber wenig Beachtung gefunden. Im Jahre 1901 sagte Wyder (Kongreß d. d. G. f. G. in Gießen) in seinem Referat: „Was speziell den Einfluß naßkalter Witterung anbetrifft, so halte ich es trotz gegenteiliger Behauptung für ausgemacht, daß derselbe ein recht ungünstiger sein kann, namentlich da, wo bereits eine Nierenreizung besteht, und ist es gewiß kein bloßer Zufall, wenn zu gewissen Jahreszeiten, (namentlich im Herbst und Frühjahr mit ihrem an manchen Orten geradezu berüchtigten Witterungsverhältnissen) die Eklampsien sich häufen“. Nagel pflichtete diesen Worten auf Grund seiner Untersuchungen bei. Nicht immer sei diese Ursache zur Erklärung heranzuziehen, doch dürfe sie nicht unberücksichtigt gelassen werden. Einfluß der Witterung auf Nephritis sei anerkannt. „Ein Umschlag der Witterung, naßkalte, rauhe Luft und reichliche Niederschläge herbeiführend, ist imstande, eine bestehende Nephritis zu verschlimmern und eine Anschwellung der Eklampsie herbeizuführen“.

Im Gegensatz zu diesen Anschauungen stehen Olshausers Angaben, daß in Berlin die Sommermonate häufiger von Eklampsie besetzt seien, als der Winter.

Die meteoroligischen Aufzeichnungen, die Ruth zur Verfügung standen, entstammen der unter Leitung Oberlehrer Adolf Werners stehenden Beobachtungsstation des Naturforschervereines zu Riga. Demzufolge sieht man trotz der kleinen Zahlen in 90 Fällen deutlich ein starkes Steigen der Frequenz im Frühjahr und im Herbst. März und Mai, Oktober und November sind die bevorzugten Monate. Dieser Typus der Verteilung ist stets in allen einzelnen Jahren, wenn auch nicht so deutlich, zuweilen ein wenig verschoben zu erkennen.

Den günstigen Witterungsfaktoren des Sommers entspricht ein selteneres Auftreten der Eklampsie.

Ganz anders gestalten sich die Verhältnisse, wenn wir die meteorologischen Daten des Frühjahres und Herbstes betrachten. Beide sind Übergangszeiten, als solche überall wegen ihrer Veränderlichkeit gefürchtet. Die meisten Erkältungen kommen auf ihre Rechnung. Ein Einfluß der Witterung auf Nephritis ist anerkannt. Selten wird bei der Eklampsie eine Nierenaffektion vermißt. Verschlimmerung des Nierenleidens erhöht die Gefahr des Krampfausbruches.

Der Übergang vom Winter zum Sommer vollzieht sich in Riga viel schneller, als der vom Sommer zum Winter.

Mit den schlechten Witterungsfaktoren, besonders des Herbstes, fällt das Anwachsen der Eklampsiefrequenz zusammen, ist demnach wohl nicht als etwas Zufälliges zu bezeichnen.

Auffallend ist, daß der Winter mit seiner großen Zahl schädlicher Einflüsse von einer Anhäufung der Eklampsie verschont bleibt.

Vergleiche man die Monate des Jahres miteinander, so haben alle diejenigen, deren wahrscheinliches Temperaturmittel über dem normalen Mittel des Jahres liegt, seltener Eklampsie zu verzeichnen, die kälteren häufiger. Viel bedeutender ist der Unterschied zwischen den Teilen des Jahres mit geringerer und größerer relativen Feuchtigkeit. Je feuchter die Luft, desto mehr Eklampsie. Monate des Jahres, deren Temperatur sich über, deren Feuchtigkeitsgehalt sich unter dem normalen Mittel befindet, stellen sich am günstigsten. Weniger günstig sind Monate mit einer Temperatur unter und einer Feuchtigkeit unter dem Jahresmittel. Dann folgen Monate, deren Temperatur unter, der Feuchtigkeitsgehalt über dem Mittel steht. Am schlimmsten sind die Monate mit einer Temperatur und einer feuchten Luft, die das Jahresmittel übersteigen. Diese haben mehr als $1^1/_2$mal so viel Fälle verschuldet, als warme, trockene.

Monate mit hohem Feuchtigkeitsgehalt der Luft sind einflußreicher auf den Ausbruch der Eklampsie, trockene Luft vermindert die Einwirkung der Witterung. Von 90 Eklampsien der Jahre 1899—1904 inklusive sind nur 13 in warmen Monaten mit geringer relativer Feuchtigkeit vorgekommen. Monate, deren Temperatur und Luftfeuchtigkeit erhöht ist, steigern die Frequenz, noch mehr solche, die kalt und trocken sind, noch mehr kalte und feuchte Luft.

R. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Eklampsie und Wetter, insofern ungünstige Witterungsverhältnisse einen Ausbruch der Krämpfe befördern.

2. Die einflußreichsten Faktoren sind Temperatur und relative Feuchtigkeit.

3. Die Eklampsie bricht am seltensten bei warmem, trockenem Wetter aus.

4. Die Frequenz nimmt bei wachsender relativer Feuchtigkeit sowohl bei sinkender, als bei steigender Temperatur zu.

5. Ausdauernd „schlechtes Wetter“ schädigt häufiger als ein plötzlicher Umschlag „schönen“ Wetters in schlechtes. (St. Petersb. Med. Woch. Nr. 48, 1906.)

III. Literatur.

Verhandlungen des Vereines Süddeutscher Laryngologen. 1906. Würzburg, Stubers Verlag.

Diese Verhandlungen haben zwar keine besonders entscheidende Entdeckungen gefördert, sie haben jedoch in mancher Frage Licht gebracht. Eingeleitet wurde sie durch die ganz interessante Darlegung von Guttmann über die Tonlage der Sprechstimme, die er mittels des Krüger-Wirth Kehltonschreibers bestimmt hat. Killian hat die sehr praktische Modifikation seines Septummessers nach Ballenger und die T-Kanülen aus Gummi sowie mehrere bronchoskopische Fälle demonstriert. Der von Fischenisch, Wiesbaden, mitgeteilte Fall von Syphilis des Nasenrachenraumes mit exitus letalis an Verblutung illustriert die Wichtigkeit der Lokalbehandlung der Syphilis des Nasenrachenraumes. Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnostik der Stirnhöhlenerkrankung wurde von Eicken, Freiburg, an Platten bewiesen. Er möchte auch die Radioskopie zur Beurteilung der Trachealstenosen verwertet sehen. Es folgten noch Beiträge von Dr. v. Schrötter, Zur Klinik der Bronchoskopie, die Vorträge von Winkler und Schilling, Über



das Kehlkopfkarzinom, Vortrag von Drefuss, Straßburg, Über die Stellung der Laryngologie bei der Bekämpfung der Tuberkulose, und von Brühl, der die Lungenheilanstalten gegen den Vorwurf Barths, Leipzig, daß die Heilstätten die Larynxtuberkulose vernachlässigen, in Schutz nimmt. Mit den Berichten von Schilling, Über einen tuberkulösen Tumor des Rachendaches, von Mink, der die Auskultation der Nebenhöhlen zu diagnostischen Zwecken empfiehlt und von Winkler, Bremen, Über die bakteriologischen Befunde bei Erkrankungen der oberen Luftwege, schließt dieser, viel Wissenswerte enthaltende Bericht.

Die Therapie der Kehlkopftuberkulose mit besonderer Rücksicht auf den galvanokaustischen Tiefenlicht und äußere Eingriffe. Von Dr. Ludwig Grünwald. München 1907. Lehmanns Verlag. S. 147.

Die Zeiten, da die Tuberkulose des Kehlkopfes eine Noli me tangere war, sind schon vorüber, wenn es auch noch viele Zweifler in den operativen Erfolgen dieser Therapie gibt. Wenn die Indikation für einen Eingriff gegeben ist und welche Methode für Speriellen vorzuziehen ist, hat Grünwald auf Grund längerer pathologisch-anatomischem Studien unter Heranziehung einer reichlichen Statistik in diesem Buche erörtert. Das kleine Werkchen, das den heutigen Stand der Therapie der Kehlkopftuberkulose genau präzisiert, soll nicht nur dem Laryngologen über die gegebene Frage orientieren, sondern es soll auch dem praktischen Arzt, an den sich die meisten Lungenkranken in dem Anfangsstadium des Leidens wenden, im Interesse seiner Kranken aus dem bisherigen Nihilismus erwecken. Landesberg.

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 1. Februar 1907.

Julius Wagner v. Jauregg erinnert an einen vor ungefähr Jahresfrist in der Gesellschaft der Ärzte vorgestellten Hund. Dieser wurde bald nachher getötet; die Obduktion ergab makroskopisch wenig bemerkenswertes, da die Schilddrüse von ungefähr normaler Größe war, waren daher Zweifel berechtigt, ob dieser Hund überhaupt als ein Kretin zu bezeichnen sei. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Gewebe entdeckte Prof. Schlagenhaufer in der Haut des Hundes einen merkwürdigen Befund, der das allergrößte Interesse erregt. An, in Formol oder in Orthscher Mischung und Alkohol gehärteten und mit Hämatoxylin-Eosin gefärbten Präparaten sieht man eine von der roten Farbe der Bindegewebsbalken sich scharf abhebende, rein blaugefärbte Substanz, die sich teils in dünnen Streifen zwischen die Bindegewebszüge hineinschiebt und verzweigt, teils an einzelnen Stellen, besonders um die Talgdrüsen herum, sich in größeren Massen ansammelt und daher am Schnitte eine flächenhafte Ausdehnung gewinnt. Bei stärkerer Vergrößerung sieht man, daß diese Substanz eine teils feinfaserige, teils netzförmige Struktur zeigt. Die Substanz macht bei stärkerer Vergrößerung nicht den Eindruck eines präformierten Gewebes, sondern vielmehr eines Niederschlages oder vielmehr Koagulums; sie sieht aus wie ein aus einer Flüssigkeit abgeschiedenes Gerinnsel, ähnlich etwa, wie sich Fibringerinnungen mikroskopisch ausnehmen. Außer dieser Substanz fand sich in der Kutis noch als bemerkenswerter Befund eine größere Menge von Mastzellen, die besonders an jenen Stellen sich zahlreich vorfanden, an denen die erwähnte Substanz in reichlicher Menge vorhanden war. Die eigentümliche Färbung dieser Substanz, die sich an allen Hautstücken dieses Hundes nachweisen ließ, allerdings am Kopf und Hals reichlicher als an den Extremitäten, legte sofort den Gedanken nahe, daß es sich da um eine Art schleimiger Substanz handle, die in Haut eingelagert war. Denn die eigentümliche Färbung mit Hämatoxylin wenigstens ist auch dem Muzin eigen. Diese Befunde sind mit den Befunden, die englische Autoren von Myxödemkranken erhoben haben, identisch. Da dieser Befund ein normaler oder eine Rasseneigentümlichkeit sein konnte, wurden noch von 16 Hunden der verschiedensten Rassen Hautstückchen untersucht. In einigen wenigen Fällen waren zwar Spuren davon vorhanden, aber nicht entfernt so massenhaft wie bei unserem kretinischen Hunde.

Wagner stellt nun wieder einen kretinischen Hund vor, der einer ganz anderen Rasse angehört und der an einem ausgeschnittenen Stücke Haut vom Halse ganz genau denselben Befund wie der erste, nur in noch höherem Grade zeigt. (Präparat stammt aus dem Herbste d. v. J.) Interessant ist es nun, welchen Einfluß die Fütterung mit Schilddrüsensubstanz auf die von uns gefundene Hautveränderung gefunden hat. Es ergab sich, daß nach einer dreimonatlichen Fütterung mit Schilddrüsentabletten die Menge der beschriebenen Substanz in der Haut sehr beträchtlich abgenommen hat, so daß man erwarten kann, daß die Haut nach hinlänglicher Dauer der Behandlung von dieser schleimigen Einlagerung ganz frei sein werde. Auffallend waren auch die Veränderungen, die mit dem Hunde im Laufe der Behandlung vor sich gegangen sind und betrafen hauptsächlich sein Temperament und Freßlust, die bedeutend gehoben wurden. Zum Schlusse spricht Wagner noch über die Schilddrüsen beider Hunde und meint, daß man es einer Schilddrüse überhaupt nicht ansehen kann, ob sie genügend funktioniert oder nicht; denn dazu sind unsere Kenntnisse vom Sekretionsvorgange in der Schilddrüse und seinem histologischen Korrelat noch viel zu lückenhaft.

In der Diskussion teilt Riehl, der Hautstückchen dieses Hundes untersucht hat, mit, daß der Befund ein gleicher wie in den Präparaten Schlagenhofers sei. Hingegen konnten bei menschlichem Kretinismus ähnliche Hautveränderungen nicht gefunden werden.

Füster demonstriert aus der chirurgischen Abteilung des Primarius Lotheissen einen Fall einer Phählungsverletzung (Durchspießung des Vorderarmes durch eine Kehlleiste).

Julius Schnitzler stellt einen 21jährigen Mann vor, dem er einen großen Solitärtuberkel der Leber exstirpiert hat. Es fand sich im linken Leberlappen ein zirka faustgroßer, weißer, harter Tumor, der teils stumpf, teils scharf, unter sehr starker Blutung aus der Leber ausgeschält wurde. Der exstirpierte, während der Operation als Gumma betrachtete Tumor wog 178 *g* und erwies sich nach der Untersuchung durch Prosektor Dr. Zeemann als Tuberkel. Schnitzler betont die große Seltenheit dieser Form der Lebertuberkulose.

Moriz Benedikt demonstriert eine Reihe von Röntgenaufnahmen von Kopftraumen, die dadurch bewirkte Knochenerkrankungen beweisen sollen, und warnt, bei mechanischen Traumen des Kopfes natürlich auch durch Eisenbahnunfälle den alten Satz von Schädel- und Gehirnbeschädigungen zu vernachlässigen und bloß auf dem Steckenpferde, der Shock-Neurose herumzureiten.

Ludwig Moszkowicz demonstriert fünf Patienten, an denen die Uranoplastik nach einer von der Langenbeckschen Methode abweichenden Art ausgeführt wurde. Besonderer Vorteil der neuen Methode ist, daß die Lappen ohne Spannung und mit breiten Flächen aneinander gebracht werden. Die Arteria paladina descendens kann dabei leicht geschont werden.

Julius Bartel: Zur Biologie des Perlsuchtbazillus.

Bartel hat schon seinerzeit bewiesen, daß den Organzellen, speziell den Lymphozyten die Fähigkeit zukomme, virulente Tuberkelbazillen des Typus humanus bei erhaltener Lebensfähigkeit so weit zu beeinflusseu, daß sie nach längerer Zeit die Einwirkung mit dem organischen Material verimpft, für Meerschweinchen ihre Virulenz verloren haben. Solchergestalt geimpfte Meerschweinchen wiesen bei einmaliger „Vakzination" eine erhöhte Resistenz gegen eine folgende vollvirulente Infektion mit Bazillen des gleichen Typus.



Gemeinsam mit Hartl ist es Bartl gelungen, nachzuweisen, daß es gelingt, auch Bazillen des Typus bovinus durch den Einfluß organischer Gewebe in einen Zustand der Avilurenz überzuführen. Wie künstlich beim Tiere, könnte sich unter natürlichen Infektionskrankheiten beim Menschen auch eine mehr minder vollständige, ja vielleicht auch lokale Immunität entwickeln. Das Bild einer so sich entwickelnden Tuberkulose kann je nach dem Zeitpunkt, wann die Reinfektion erfolgte, ein wechselndes sein, so daß dann das Lokalisationsgesetz, so wie es Cornet in jedem Falle angewendet wissen will, keinen befriedigenden Aufschluß über die Art und den Gang der Tuberkuloseinfektion zu geben vermag. *i. m.*

V. Aus der Praxis.

Über Appendizitis. Zu diesem Thema sprach Professor Strümpell in der medizinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur und bringen wir seine interessanten Ausführungen nach der Allg. Med. Zentralzeitung im folgenden:

Etwas Neues über Perityphlitis zu sagen, ist kaum möglich. Die Literatur über diese Krankheit hat in den letzten Jahren einen geradezu unheimlichen Umfang angenommen. Das Literaturverzeichnis in der neuen Monographie von Sprengel über Perityphlitis umfaßt 110 eng bedruckte große Seiten! Aber die Natur ist noch umfangreicher als die Literatur. So kommt es, daß wir doch nicht für jeden einzelnen Fall gültige, vollkommen feststehende, diagnostische und prognostische Regeln aufstellen können. Jeder neue Fall bietet dem Arzt ein neues Problem dar. Aber die Beurteilung der einzelnen Erkrankungen muß erfolgen nach den feststehenden allgemeinen Anschauungen über die Ätiologie und pathologische Anatomie der Perityphlitis. Hier haben uns die vereinten Arbeiten der Kliniker, pathologischer Anatomen und vor allem der Chirurgen mit ihren zahlreichen „Autopsien in vivo" hinreichende Klarheit gebracht. Wir wissen, daß die ursprünglichen Erkrankungen in der Ileozökalgegend fast immer ihren Ausgang von dem Proc. vermiformis nehmen und daß die bakterielle Infektion wohl ausnahmslos vom Darm her erfolgt. Eine hämatogene Infektion halte ich für wenig wahrscheinlich, auch in den Fällen, die sich im Anschluß an eine Angina, Influenza o. dgl. entwickeln. Gegen die Annahme einer hämatogenen Perityphlitis spricht schon der Umstand, daß der Proc. vermiformis bei unzweifelhaften hämatogenen Infektionen (Sepsis u. a.) fast niemals befallen wird.

Die eigentliche Erkrankung beginnt aber natürlich nicht mit der Anwesenheit von Entzündungserregern im Innern der Appendix, sondern erst im Moment ihres Angriffes auf die Schleimhaut und der darauf erfolgenden Reaktion der Körperzellen. Die Möglichkeit des Angriffes ist gegeben durch eine besondere Virulenz der Bakterien oder durch irgend eine Schädigung und dadurch gegebene Widerstandsschwächung des Schleimhautepithels. Sehr oft geschieht die Schädigung durch mechanische Schädlichkeiten. Äußere Traumen (bei Kindern Stoß gegen den Leib) kommen in Betracht, aber doch verhältnismäßig nur selten.

Sehr wichtig ist die dekubitale Schädigung durch eingedickte Kotmassen und besonders durch Kotsteine. Der Kotstein als solcher macht keine Appendizitis, ebenso wenig wie ein Gallenstein als solcher eine Cholezystitis. Höchstens können schmerzhafte muskuläre Krampfzustände (nach Analogie der echten Steinkoliken) hervorgerufen werden. Aber sobald der Kotstein durch Druck auf die Schleimhaut eine Schädigung des Gewebes hervorgerufen hat (durch Anämie oder durch Verdrängung der Gewebsflüssigkeit), so kann bei gleichzeitiger Anwesenheit virulenter Bakterien die Entzündung, das heißt der Kampf zwischen Bakterien und Körperzellen beginnen. Nach der Ausdehnung der Entzündung unterscheidet man bekanntlich die drei anatomischen Krankheitsgruppen: 1. die reine Appendizitis, 2. die Appendizitis mit umschriebener Peritonitis (das perityphlitische Infiltrat und der perityphlitische Abszeß) und 3. die Appendizitis mit allgemeiner Peritonitis.

Das Vorkommen einer reinen Appendizitis ist durch die Ergebnisse der chirurgischen Frühoperationen sichergestellt. Für sehr häufig kann man die reine Appendizitis (das heißt ohne Beteiligung des Peritoneums) aber nicht halten. Wie bei der Pneumonie die Beteiligung der Pleura fast konstant ist, so verbindet sich die Appendizitis fast immer mit einer Erkrankung des umgebenden Peritoneums. Diese Peritonitis kann aber alle Grade und Unterschiede zeigen, von den kleinsten umschriebenen entzündlichen Verwachsungen in der Umgebung des Appendix bis zur schwersten diffusen eitrigen Peritonitis. Tritt von vornherein, schleichend vorbereitet aber plötzlich erfolgend, eine breite nekrotische Perforation der Appendixwand ein, so schließt sich an die umschriebene, vielleicht fast ganz symptomlose Appendizitis gleich die allgemeine Peritonitis an. Dies sind die bekannten schweren, fast stets rasch tödlichen Fälle. Bleibt die Peritonitis umschrieben, so kann sie die mannigfachsten Unterschiede der Intensität und der weiteren Ausbreitung zeigen, wie dies ja allgemein bekannt ist.

Die Aufgabe der Diagnostik ist es, in jedem einzelnen Fall, die besondere Form und Ausdehnung der anatomischen Erkrankung festzustellen. Denn die anatomische Veränderung gibt den entscheidenden Maßstab für das therapeutische Handeln. Die reine Appendizitis heilt stets spontan; sie bedarf an sich niemals eines chirurgischen Eingriffes. Die diffuse Peritonitis heilt niemals spontan. Sie bedarf, wenn man überhaupt etwas tun will, stets eines möglichst frühzeitig ausgeführten chirurgischen Eingreifens. Dazwischen liegt das umschriebene peritonitische Exsudat. Zuweilen heilt es spontan (durch Resorption in den leichteren Fällen, durch Spontanentleerung des Eiters in den Darm auch in den schwereren Fällen). Wie lange soll man noch auf die Möglichkeit einer Naturheilung rechnen? Das ist die Frage, die nie mit völliger Sicherheit in jedem einzelnen Fall wird entschieden werden können. Daher kommt auch der Erfahrenste und Geübteste in jedem Falle von Perityphlytis aus einem gewissen Gefühl der Unsicherheit nicht ganz heraus.

Das einzige Mittel, dieser Unsicherheit völlig zu entgehen, ist die radikale Forderung der Frühoperation, das heißt des operativen Eingreifens und der Entfernung der Appendix in jedem Fall von Appendizitis am ersten oder spätestens zweiten Krankheitstage. Da man zu dieser Zeit noch nie wissen kann, was alles noch passiert, beugt man hiedurch allen Eventualitäten vor. Die Forderung der Frühoperation läßt sich theoretisch gewiß rechtfertigen, praktisch wird sie sich aber niemals allgemein durchführen lassen — schon aus äußeren Gründen nicht. Wäre eine Gefahr für die Frühoperation so gut wie gar nicht vorhanden, so sollten wir Ärzte die Frühoperation stets anstreben. Allein so ganz ungefährlich ist die Sache doch nicht. Manche Statistiken ergeben noch immer 4—5% Mortalität. So bin ich also der Meinung, daß die Frühoperation in jedem Fall anzustreben ist, wo von vornherein bedrohlichere peritonitische Symptome auftreten, daß man sie aber in den von vornherein durchaus leicht und unbedrohlich auftretenden Fällen unterlassen darf. Hört die Erkrankung nicht bald auf oder kommt der Patient, wie so oft, überhaupt erst am dritten oder vierten Tage in Behandlung, so ist vor allem die Frage nach einer umschriebenen Abszeßbildung ins Auge zu fassen.

Die bekannten hier besonders zu berücksichtigenden Symptome (sorgfältigste Palpation, auch vom Rektum und der Scheide aus, Fieber, Puls, Aufstoßen, Erbrechen, Leukozytose) brauche ich nicht noch einmal im einzelnen genauer zu erörtern. Jedes einzelne Symptom kann fehlen oder irre leiten. Unfehlbarkeit wird die Diagnostik nie erreichen. Aber in den meisten Fällen wird man doch ein richtiges Urteil abgeben können und im allgemeinen ist gewiß der Grundsatz richtig, daß ein Unterlassen oder ein zu langes Aufschieben der Operation viel bedenklicher und folgenschwerer ist, als die Vornahme derselben.



Ist der perityphlitische Anfall ohne operativen Eingriff vorübergegangen, so tritt mit Rücksicht anf die stets zu befürchtenden Rezidive die Frage nach der Intervalloperation in den Vordergrund. Ich rate stets zur Intervalloperation, wenn irgend welche objektive oder subjektive. auch noch so leichte Symptome nachbleiben. Ferner in allen Fällen, wo bereits zwei akute Anfälle vorhergegangen sind — selbst bei völlig negativem Befund. Zuweilen muß man auch auf die psychischen Momente Rücksicht nehmen. Bleibt nach Ablauf der Perityphlitis ein beständiges Gefühl der Angst vor einem neuen Anfall zurück, so daß die Betreffenden ihres Lebens nicht froh werden, so ist ebenfalls zu der so gut wie ganz ungefährlichen Intervalloperation zu raten.

VI. Notizen.

— Der Unterstützungsverein für Witwen und Waisen jener Mitglieder des Wiener Doktoren-Kollegiums, welche in die Witwen- und Waisen-sozietät nicht einverleibt waren“, hielt am 24. Jänner 1907 seine ordentliche Generalversammlung ab, in welcher der Präses, Dr. Anton Khautz v. Eulenthal den Rechenschaftsbericht erstattete, den Mitgliederstand bekannt gab und in kurzen Worten der im Jahre 1906 verstorbenen Mitglieder und Gönner gedachte. Kasseverwalter, Apotheker Karl Lamatsch verlas den von den Rechnungsrevisoren geprüften und richtig befundenen Kassabericht per 1906, aus dem zu ersehen ist, daß die Gesamt-Einnahmen 12.478 K 84 h betrugen, während die Gesamt-Auslagen sich auf 12.104 K 67 h beliefen, so daß ein Saldo von 374 K 17 h per 1907 verbleibt. An Unterstützungen konnten 8749 K an 29 Witwen und 19 Waisen verteilt werden. Sodann wurden Apotheker Karl Lamatsch und Kasseverwalter, Dr. Alois Kapl und Dr. Emil Löwy zu Direktions-Ausschüssen auf je 3 Jahre, Dr. Hanns Schum als Ersatzmann auf 2 Jahre, die DDr. Karl Konrad und Julius v. Linthardt als Rechnungsrevisoren gewählt. Endlich wurden wegen ihrer hervorragenden Verdienste um den Verein Frau Theresia Seng, Med. Dr. Wtw. und die Herren, Hofrat Prof. Dr. Heinrich Obersteiner, Regierungsrat Dr. Wilhelm Svetlin und Dr. Wenzel König einstimmig zu Ehrenmitgliedern gewählt.

Ehrungen. Von den zahlreichen Ehrungen, die Professor Dr. E. v. Bergmann an seinem 70. Geburtstage zuteil wurden, teilen wir nachstehend die wichtigeren mit: Die Berliner medizinische Gesellschaft und die Berliner Rettungsgesellschaft ernannten den Jubilar zu ihrem Ehrenvorsitzenden, der Verein für innere Medizin überreichte ihm das Ehrenmitgliedsdiplom. Die deutsche Gesellschaft für Chirurgie ließ durch Prof. Körte den Beschluß verkünden, daß eine Büste v. Bergmanns im Langenbeckhause aufgestellt werden soll. Die früheren und jetzigen Assistenten v. Bergmanns brachten eine Büste ihres Meisters dar, außerdem ein Album mit den Bildern aller seiner Assistenten und eine Festschrift des Langenbeckschen „Archiv für klinische Chirurgie“. Der Verband für erste Hilfe ließ eine silberne Schale überreichen und der Generalarzt Dr. Düms überbrachte seitens des deutschen Samariterverbandes eine sinnreiche Gabe. Es war eine Plakette, einen Gelehrten darstellend, der den Genius auffordert, auf die Straße hinabzublicken, wo zwei Arbeiter einem dritten Hilfe bringen. Der Mann, nach dessen Weisung sie dabei handeln, ist unschwer als Prof. v. Bergmann zu erkennen. Von der Gesellschaft des russischen Roten Kreuzes erhielt der Jubilar das Ehrenabzeichen der Gesellschaft. Unter den Ehrungen sei noch erwähnt die Stiftung der Gesellschaft für chirurgische Mechanik, die Ernst v. Bergmanns Namen tragen soll.

— Ein Aufruf an die Ärzte von Groß-Berlin ergeht auf Veranlassung der Berliner medizinischen Gesellschaft seitens einer besonderen Kommission, der eine Reihe bekannter Ärzte und Spezialärzte angehören. Es handelt sich um Erhebungen über die Verbreitung der Blinddarmentzündung, über ihren Verlauf unter innerer und operativer Behandlung usw. Bereits im letzten Sommer hat sich, wie erinnerlich, die Berliner medizinische Gesellschaft mit dieser die Allgemeinheit lebhaft interessierenden Frage beschäftigt. Die Blinddarmentzündung tritt — so heißt es auch in dem eben veröffentlichten Aufrufe — seit etwa zwei Jahrzehnten in den meisten Kulturländern wie eine Volkskrankheit auf. Auch in Deutschland hat sie seitdem anscheinend nicht nur an Häufigkeit, sondern auch an Schwere dauernd zugenommen. Zur genauen Beurteilung dieser Verhältnisse fehlt es aber leider an einer umfassenden Statistik. Die aus den großen Hospitälern und Kliniken stammenden Statistiken haben auch bisher die wichtige Frage noch nicht entschieden, welche Fälle von Blinddarmentzündung unbedingt einer Operation bezw. der sogenannten Frühoperation bedürfen, und welche Fälle ohne Gefahr einer abwartenden internen Therapie überlassen werden dürfen. Man gibt sich nun der Hoffnung hin, daß eine Umfrage bei den Berliner Ärzten, sofern sie allseitig sorgfältig beantwortet wird, in ihren Ergebnissen wertvolle Aufschlüsse auch für die Behandlung der gefürchteten Krankheit ergeben wird. Die den Ärzten zugestellten Zählbogen sollen bis zu einem bestimmten Termin an die Kommission zurückgesandt werden.



Keine Stuhlverstopfung mehr. Dem Echt-Nürnberger Lebkuchen-Fabrikanten H. Huß in Wien XVIII., Ladenburggasse 46, ist es gelungen, einen außerordentlich schmackhaften Lebkuchen herzustellen, durch dessen zeitweiligen Genuß an Stuhlverstopfung Leidende, ob Kinder oder Erwachsene, davon sicher und schmerzlos befreit werden. Die Wirkung wird nicht wie durch Purgiermittel auf gewaltsame explosive Weise, sondern auf natürlichem, mechanischem Wege erzielt. Zur Probe werden ein Dutzend Hußkuchen um 3 K, 2 Dutzend um 5 K, franko Nachnahme versendet. Prospekte gratis und franko. Ebenso wird ein sehr schmackhafter und monatelang haltbarer Touristen-, Jagd- und Sportproviant erzeugt. 6 Päckchen 2·50 K, 12 Päckchen 4 K franko Nachnahme. Verkaufs-Niederlage: Wien I., Habsburgergasse 1 a.

Es gibt noch viele malerisch gelegene Ortschaften, die aber leider nur zu wenig als solche bekannt sind. Zu den letzteren gehört Friedberg in Oberbayern nicht, wie uns ein reich illustrierter Artikel in dem soeben erschienenen 9. Hefte von **„Alte und neue Welt“** zeigt. Daß reiche Gastmähler nicht erst eine Erfindung unserer Tage sind, beweist uns H. Kuhn in einer interessanten Plauderei. „Worüber lacht man?“ Diese Frage hat sich sicherlich schon mancher gestellt, hier erhält er in einem geistreichen Artikel eine ziemlich erschöpfende Antwort. Die „Losen Blätter aus dem russischen Revolutionsjahr“ sind immer noch aktuell, denn die Attentate sind in Rußland immer noch an der Tagesordnung. Unter den vier Erzählungen sind diesmal zwei auf den humoristischen Ton gestimmt! In beiden sprudelt ein gesunder und köstlicher Humor, der auch dem ernsten Leser sicherlich ein heiteres Lachen entlockt.

Rétif de la Bretonne als Mensch, Schriftsteller und Reformator. Ein neues Werk des in den letzten Jahren zu großem Ansehen gelangten Kulturhistorikers und Arztes Dr. Eugen Dühren geht, wie wir den Freunden der Geschichtsforschung mitteilen können (im Verlage von Max Harrwitz, Berlin W. 35) seinem Abschluß entgegen. Dasselbe wird als ein Seitenstück zu dem im vorigen Jahre erschienenen Buche über den berüchtigten Marquis de Sade, welcher uns durch die neuen Forschungen und Entdeckungen Dührens als ein Kind seiner Zeit menschlich näher gerückt und vom Standpunkte des Psychiaters verständlicher gemacht wurde — nunmehr eine andere Berühmtheit Frankreichs aus derselben Zeitepoche in wissenschaftlicher und zugleich interessanter Weise schildern. Es ist dies Rétif de la Bretonne, von welchem Schiller am 2. Jänner 1798 an Goethe schrieb: „Haben Sie vielleicht das seltsame Buch von Rétif: (Le Coeur humain dévoilé) je gesehen oder davon gehört? Ich habe es nun gelesen, so weit es da ist, und ungeachtet alles Widerwärtigen, Platten und Revoltanten mich sehr daran ergötzt. Denn eine so heftig sinnliche Natur ist mir noch nicht vorgekommen, und die Mannigfaltigkeit der Gestalten, besonders weiblicher, durch die man geführt wird, das Leben und die Gegenwart der Beschreibung, das Charakteristische der Sitten und die Darstellung des französischen Wesens in einer gewissen Volksklasse muß interessieren. Mir, der so wenig Gelegenheit hat, von außen zu schöpfen und die Menschen im Leben zu studieren, hat ein solches Buch, in welche Klasse ich auch den Cellini rechne, einen unschätzbaren Wert.“

„März“, Halbmonatsschrift für deutsche Kultur. Herausgeber: Ludwig Thoma, Hermann Hesse, Albert Langen, Kurt Aram. Erstes Februarheft 1907. Preis M 1.20, im Abonnement des Quartal (6 Hefte) M 6.—. Verlag von Albert Langen in München. Die dritte Nummer der neuen Halbmonatsschrift, die gleich beim ersten Erscheinen so viel Anklang gefunden hat, ist wieder sehr reich und vielseitig ausgestattet. Der bekannte süddeutsche Politiker Conrad Haußmann bespricht im Leitartikel den Ausfall der Reichstagswahlen, und was daraus für die verschiedenen Parteien zu lernen wäre. Generalmajor a. D. Leutwein steuert einen Artikel „Südwestafrika und der neue Reichstag“ bei. Von Geheimrat Professor Lamprecht enthält die Nummer einen historischen Aufsatz über die Tiroler Freiheitskriege. Aufsehen erregen wird der Artikel von Ludwig Thoma „Gegen die Staatsanwälte“ mit seiner schneidigen und energischen Stellungnahme gegen allerhand Mißstände in unserer Strafrechtspflege, besonders in der Rechtsprechung des Reichsgerichtes. Ferner enthält das Heft einen warm und schön geschriebenen Aufsatz von Hermann Hesse „Unbekannte Schätze“, der manche zu wenig beachteten Perlen unserer Erzählungsliteratur ans Licht der weiteren Öffentlichkeit ziehen soll. Von der Kunst und dem Empfinden des Volkes künden uns in dem Heft zwei Beiträge. Ein lustiges Tiroler Bettelhochzeitslied und die entzückende Sammlung von „Liebesbriefen eines bayerischen Bauernmädchens“, die Hans Mayr mitteilt. Auf dem Gebiete der Erzählungskunst bringt die Nummer die Fortsetzung des als menschliches Dokument hochinteressanten Romanes Karl Asenkofer von Karl Borromäus, sowie eine glänzende, mit feinem, echt deutschem Humor geschriebene Erzählung von Jakob Schaffner „Der Altgeselle“.

Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1906 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—**; nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—.**

Medizinischer Zeitungsverlag

Telephon 22152. **Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.**

Littau in Mähren.

Tüchtiger Arzt, deutscher Nationalität, mit Kenntnis der böhmischen Sprache, zum ehesten Antritt gesucht. — Fixum 1200 Kronen, gute Privatpraxis gesichert. Anwärter erhalten Auskunft von der **Bezirkskrankenkassa** in **Littau**, beziehungsweise Herrn Kassenarzt **Dr. Poisl.**

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
o. ö. Universitätsprofessor **Dr. J. Nevinny** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 8. Wien, 23. Februar 1907. **Nr. 8.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Arteriosklerose und deren Behandlung.

Von Dr. **Alfred A. Lustig**, Kurarzt in Meran.

(Schluß.)

Die Wichtigkeit der Einschränkung des Eiweißstoffwechsels ergibt sich nach dem Vorhergesagten dadurch, daß durch die Einschränkung der Bildung von Säuren, welche als Oxydationsprodukte des Eiweißstoffwechsels entstehen, und zwar aus neutralem Schwefel des Eiweißes die Schwefelsäure, aus Lezithin und Nuklein die Phosphorsäure, dann noch eine Menge organischer Säuren, wie: flüchtige Fettsäuren, aromatische Äthersäure, Harnsäure, Oxalsäure der Verarmung des Blutes an Alkalien entgegengesteuert wird.

Durch Verordnung kalkarmer Vegetabilien entspricht man zweien Indikationen: einmal erhöht man durch die pflanzensauren und kohlensauren Alkalien die Alkaleszenz des Blutes und macht nicht nur die schwer löslichen Kalksalze löslich, wodurch dieselben ausgeschieden werden können, sondern bindet auch die im Blute angehäuften Säuren und eliminiert dadurch einen wichtigen Faktor der Gefäßkontraktion. Ein anderesmal, weil der geringe Kalkgehalt der Nahrung die Möglichkeit der Übersättigung mit Kalk verhindert und hiedurch Ablagerung von Kalksalzen in die destruierten Gefäßwände erschwert. Durch ausführliche Kalkbestimmungen in einer sehr großen Anzahl von Fällen fand ich besonders in Fällen vorgeschrittener Prozesse, daß die Ausfuhr von Kalk in Harn und Fäzes die Einfuhr um ein beträchtliches — manchmal um das Doppelte — überstieg. Die Vermutung einzelner, daß das Plus von ausgeschiedenem Kalk von eingeschmolzenem Knochengewebe herrührt, wird durch die Tatsachen hinfällig, daß selbst bei jahrelanger Beobachtung einer kalkarmen Diät es niemals zu Krankheiten des Knochensystems kam und es auch nicht einleuchten kann, warum der Organismus seinen geringen Kalkbedarf nicht aus der mit der Nahrung eingeführten Kalkmenge decken sollte.

Die Einwirkung kalkarmer alkalischer Nahrung manifestiert sich nicht nur objektiv durch Nachlassen der Gefäßspannung und Verminderung des Blutdruckes, sondern auch subjektiv durch Verminderung der Beschwerden, leichte Beweglichkeit und anhaltendes Wohlbefinden. Das kalkarme Regime wird selten von den Kranken als eine Belästigung empfunden, da dasselbe einen abwechslungsreichen Diätzettel mit schmackhaft zubereiteten Speisen zuläßt. Milch in großen Quantitäten, Eier, insbesonders Eigelb, alle Sorten Magerkäse, trockene Hülsenfrüchte, die kalkreichen Kraut- und Kohlarten sowie Möhren, Rüben, Spargel und Artischoken sollen nach Tunlichkeit bei der Ernährung Arteriosklerotiker ganz eliminiert werden. Ebenso sind starker Bohnenkaffee und die Fleischbrühe zu meiden, während die aus Zerealien und Gemüsen zubereiteten Speisen gestattet werden. Gekochtes Rindfleisch, Kalbfleisch samt Kalbsohren und Füßen, Sulze und Gallerten aus leimgebenden Substanzen, frisches Wild in mäßigen Mengen, Flußfische, Geflügel — aus dem Tierreich; Spinat (nicht zu oft), Blumenkohl, Bohnen, Gurken, junge Zuckererbsen — von den Gemüsen; Gries, Tapioka, Mais, Reis — von den Zerealien. Brot aus Weizen- und Roggenmehl, Mehlspeisen aus feinem Weizenmehl, verschiedenartige eßbare Pilze, Kartoffeln, Edelkastanien, Wall- und Haselnüsse, Obst, insbesonders Äpfel, Birnen, Pflaumen, weniger die Beerenarten und Trauben, Rahmkäse, Sahne, Butter und Zucker gestattet die Zusammenstellung eines abwechslungsreichen Speisezettels bei Berücksichtigung der Verhältnisse von Eiweiß, Fett und Kohlenhydrate.

Als Frühstück empfiehlt es sich, einen leichten Tee mit Sahne und Butterbrot zu nehmen. Dasselbe läßt sich auch als Zwischenmahlzeit verwenden. In meiner in Arbeit befindlichen Monographie über Arteriosklerose ist ausführlich auf die Zusammenstellung der einzelnen Mahlzeiten mit Anführung des Kalkgehaltes der dabei verwendeten Nahrungsmittel Rücksicht genommen. Jetzt bemerke ich nur, daß die Zusammenstellung der Nahrung in der Weise geschieht, daß die Tagesmenge derselben 0·3—0·5 CaO. enthält, welche Rücksicht darauf, daß die Kalkausscheidung bei einem normalen Menschen täglich 1 *g* beträgt, von welchem zirka ein Drittel im Harn und zwei Drittel im Kote ausgeschieden werden, eine sehr mäßige ist. Unterstützt wird dieses Regime durch die Verabreichung eines kalkarmen alkalienreichen Wassers in individuell verschiedenen, niemals aber sehr großen Quantitäten. Den Versuch mit destilliertem Wasser mußte ich bald aufgeben, da in wiederholten Fällen nach Genuß desselben Eiweiß im Harn sich zeigte. Dann verwendete ich das indifferente Gasteiner Thermalwasser, welches mir zwar bessere Dienste als das destillierte Wasser leistete, aber der Forderung nach einem Alkaliengehalt nicht entsprach. Als ungemein gutes Wasser erwies sich mir die Franzensbader Nataliequelle, welche vermöge ihrer Kalkarmut und Gehalt an



alkalireichen Karbonaten sowie auch durch ihre diuretische, harnsäurelösende und Stoffwechsel erregende Wirkung als Idealwasser für Arteriosklerotiker und Gichtkranke bezeichnet werden muß. Seit Jahren verwende ich das Wasser, und wenn auch die Kohlensäure mir in manchen Fällen durch ihre die Magen und Darmtätigkeit anregende Wirkung ungemein wertvolle Dienste leistete, so ließ ich durch Ausrauchen oder Austreiben mit Zucker und Zitronensaft in gewissen Fällen, wo sie eine vorübergehende Erhöhung der Gefäßspannung verursachte, Kohlensäure eliminieren. Die Menge des genossenen Nataliequellenwassers schwankt zwischen $^1/_2$—1 *l*. Recht gerne nehmen die Patienten des Morgens beim Aufstehen ein Weingläschen davon schluckweise. Tabak- und Alkoholgenuß sollen in leichten Fällen auf das geringste Maß eingeschränkt, in schwereren Fällen unbedingt eliminiert werden.

Eine ungemein große Bedeutung bei Behandlung Arteriosklerotiker kommt der Regelung der Darmtätigkeit zu. Wird dieselbe auch durch die geregelte Lebensweise und Diät eingeleitet, so ist bei dem Umstande, daß jede Obstipation, selbst bei Gesunden, mit Erhöhung des Blutdruckes einhergeht, die Behebung derselben bei Krankheiten, deren Hauptsymptom der gesteigerte Blutdruck ist, von großer Wichtigkeit. Gewöhnlich führt aber die Stuhlverstopfung auch zur Auftreibung des Unterleibes durch Gasansammlung, wodurch die Zwerchfellsaktion behindert und zu dem Momente der Blutdrucksteigerung noch das Moment der mechanischen Behinderung der Atmung hinzukommt, wodurch die Beschwerden zunehmen müssen. Es ist eine durch die Erfahrung erwiesene Tatsache, daß in allen Fällen, wo durch Darreichung geeigneter Abführmittel, insbesondere an Obstipation leidenden Arteriosklerotikern, eine ausgiebige Defäkation eintrat, der Blutdruck um ein Bedeutendes sank. Hiedurch werden die Widerstände im arteriellen Gefäßsysteme geringer, die Herzarbeit erleichtert und eine Reihe von Beschwerden verschwanden.

Die Art der Abführmittel, mit welchen man die Regelung der Darmtätigkeit hervorzurufen sucht, ist aber nicht gleichgültig! Am ungeeignetsten sind Trinkkuren mit glaubersalzhältigen Quellen. Abgesehen davon, daß letztere vermöge ihres hohen Kalkgehaltes, welcher sich zwischen 0·15—0·28% bewegt, nachteilig auf den Krankheitszustand wirkt, kommt bei deren Anwendung der wichtige Umstand in Betracht, daß die dabei verbrauchten Flüssigkeitsmengen an die Herzarbeit Anforderungen stellen, denen wohl ein gesundes Herz gewachsen ist, niemals aber ein Herz, das seine systolische Akkomodationsfähigkeit zum Teile eingebüßt hat, was bei den Arteriosklerotikern fast immer der Fall ist. Nach Stricker kehrt ein gesundes Herz nach einmaliger Aufnahme von 400 gr. Flüssigkeit erst nach 40 Minuten zur normalen Tätigkeit zurück. Und wie oft werden solche arme Kranke in den Kurorten mit 5—8 Becher Wasser täglich regaliert, welche zwar auf 2—3 Teile aufgeteilt, aber immerhin in zu kurzen Zwischenzeiten genossen werden! Es ist noch ein großes Glück, wenn das Wasser seine Wirkung tut und zum größten Teile unaufgesaugt den Intestinaltrakt verläßt! Wie oft kommt es aber vor, daß die erhoffte Wirkung ausbleibt, ja daß die Patienten sogar statt der erhofften reichlichen Entleerung konstipiert wurden. Daß hiedurch die Beschwerden zunehmen und selbst Wasserretention eintreten kann, ist einleuchtend. Es kann also nicht genug vor dem Unfuge gewarnt werden, der in vielen Kurorten mit glaubersalzhältigen Quellen getrieben wird, wo Patienten mit Herzbeschwerden oder mit Erhöhung des Blutdruckes und geschwächter Herztätigkeit veranlaßt werden, 6—8 Becher der verschiedensten Quellen über die Kehle zu gießen.

Es geht aus dem mitgeteilten zur Genüge die Wichtigkeit der Blutdruckmessung während der Behandlung hervor. Insbesondere v. Basch, der über eine große Fülle von Beobachtungsmaterial verfügte, erwähnt, daß die salinischen Abführmittel sehr häufig im Stiche ließen. Ich kann diese Angaben von Basch aus eigener Erfahrung bestätigen und ihm beistimmen, wenn er sagt, daß man mit Abführmitteln aus dem Pflanzenreiche viel sicherer und erfolgreicher zum Ziele kommt. Auch unter den pflanzlichen Abführmitteln sind nur diejenigen zu bevorzugen, welche durch Anregung der Darmsekretion und Darmperistaltik ihre Wirkung entfalten. Die Bedingungen, welche ein zu verwendendes Mittel erfüllen sollen, sind:

Wohlgeschmack, sichere, prompte und gleichmäßige, schmerzlose Wirkung und keine unangenehme Nachwirkung, welche so vielen Abführmitteln anhaften. Eine ungemein große Menge von Purgantien aus dem Pflanzenreiche wurden auf den Markt gebracht und von der Ärztewelt erprobt. Es ist selbstverständlich, daß auch ich mit den verschiedensten Präparaten dieser Art zur Erzielung eines günstigen Erfolges arbeitete. Am zweckdienlichsten erschien mir, mit Ausnahme bei Diabetesfällen, „kalifornischer Syrup“, der unter dem Namen „Califig“ in den Handel kommt, da das Mittel obigen Anforderungen entspricht und an dasselbe keine Angewöhnung eintritt. Es stellt eine dunkelbraune Flüssigkeit von angenehmem, aromatischem Geruche und gutem Geschmacke dar, welche aus decoct. fici. californiensis 45, Syrup aromatic. 30·00, Extract. Sennae liquid. 20, Elixir. Caryophil. Compos. 5 Teilen besteht. Das wirksame Prinzip des Mittels liegt im Sennaeextrakt, welches zwar ein Bestandteil einer Reihe anderer Abführmittel ist, sich in der Qualität von diesen aber dadurch unterscheidet, daß das Sennaeextrakt des „Califig“ durch ein eigenes Extraktionsverfahren von der schmerzerzeugenden, manchmal auch Kolikanfälle hervorrufenden Kathartinsäure befreit ist. Aber auch dem Extrakt fic. californiensis allein werden abführende Wirkungen zugeschrieben. Ich gebe dieses Mittel je nach dem Grade der Obstipation in Dosen von $^1/_2$—1 Eßlöffel und lasse es am häufigsten am Abend vor dem Schlafengehen nehmen, und erzielte durchaus günstige Resultate. Nach eingetroffener ausgiebiger Entleerung, welche fast ausnahmslos schmerzlos, teils geformt und teils dickbreiig vor sich ging, sank der Blutdruck, wie ich mich durch exakte Messungen hievon überzeugen konnte, in allen Fällen, die Völle im Abdomen und damit der Meteorismus schwanden, die Zwerchfellaktion und mit ihr die Atmung wurden freier und die Patienten fühlten eine bedeutende Erleichterung. Auch die Dyspnoe verschwand entweder ganz oder wurde in geringerem Maße empfunden. Hat mir auch das Mittel am Anfange und während des Verlaufes der Krankheit vortreffliche Dienste geleistet und zur Erzielung eines raschen und guten Erfolges sehr viel beigetragen, so konnte ich dessen Anwendung durch den günstigen Einfluß, welchen die eingeleitete Ernährungsart auf die träge Darmtätigkeit ausübt, während des Verlaufes der Krankheit auf das Mindestmaß beschränken, in einzelnen sehr günstig verlaufenden Fällen ganz eliminieren. Insbesondere aber in dem Falle, wo die Krankheit durch kardiales Asthma, die Symptome der Dyspnoe und in manifesten Fällen durch stenokardische Anfälle kompliziert ist, würde ich das Mittel nicht gerne missen, selbst wenn von selbst eine geringe Defäkation eintrat, da die Ableitung auf den Darm erfahrungsgemäß die Anfälle teils zum Schwinden bringt, teils abschwächt, und die Häufigkeit deren Auftreten verhindert.

Warnen muß ich vor der Anwendung von Milchkuren, auch dann, wenn die Arteriosklerose mit Schrumpfniere einhergeht, da ich durch dieselbe bedeutende Verschlimmerung des Leidens eintreten sah.

Nicht minder wichtig ist die physikalische Therapie der Arteriosklerose. Neben aktiver und passiver Gymnastik mit nichtforcierten Terrainkuren, weiter bei beginnenden Fällen und Neigung zur Fettsucht mäßiges Reiten und Radfahren, verschiedene Sportspiele kommen die hydriatischen Prozeduren in Form von mäßig kühlen Abreibungen des Morgens (aus dem Bette), die verschiedenen Bäderarten in Betracht, deren Bedeutung in den letzten Jahren von einer Reihe von Beobachtern gewürdigt wird. Ihre stoffwechselanregende und durch Beeinflussung des Gefäßnervensystems die Zirkulation befördernde und hiedurch das Herz entlastende und kräftigende Wirkung macht dieselbe zu einem wichtigen



Faktor bei der Behandlung der Arteriosklerose. Insbesonders wirksam erweisen sich die Kohlensäurebäder und die besonders von Löbl, Basch und Steinsberg so warm empfohlenen Moorbäder, welch letztere auch kombiniert mit kohlensäurereichem Wasser als kohlensaure Moorbäder verwendet werden.

Alle Eingriffe physikalisch-therapeutischer Art dürfen nur unter strenger Kontrolle des Blutdruckes angewendet werden, da, wie dies aus zahlreichen Publikationen, insbesondere von Fisch hervorgeht, man hiedurch am ehesten über die jeweilige Arbeitskraft des Herzens unterrichtet wird. Verhängnisvoll können dagegen die sinusoidalen Drehstrombäder bei Arteriosklerotikern wirken, da deren Anwendung wiederholt selbst im Bade zu synkopal eintretenden Exitusen führte. Sehr vorteilhaft erweist sich für solche Kranke ein sechswöchentlicher Aufenthalt in einem Kurorte, wo die oberwähnten Heilbehelfe zur Verfügung stehen und wo auch das diätetische Regime eingehalten und der Patient zur richtigen hygienischen Lebensweise erzogen werden kann. Daß im Winter der Aufenthalt im Süden solchen Kranken anzuempfehlen ist, leuchtet wohl jedermann ein. Dort, wo beide Möglichkeiten nicht gegeben sind, lassen sich die Bäder nach den verschiedenen Systemen von Kohlensäurebädern auch zu Hause selbst zur Verwendung bringen. Am vorteilhaftesten erweisen sich diesbezüglich die dosierbaren Kohlensäurebäder (Aphor), System Dr. Fisch.

Von der medikamentösen Therapie sah ich, abgesehen von deren Anwendung als symptomatisches Mittel, keinen besonderen Effekt.

In der letzten Zeit werden, von der richtigen Idee ausgehend, daß eine Hauptursache der Krankheit die Überhäufung des Blutes mit Säuren und die Verarmung an Alkalien ist, Salzzusammenstellungen, die denen des Blutserums ähnlich sind, zur Anwendung gebracht, und zwar entweder in Form von Injektionen oder Tabletten oder als Lavamentes. Das Resultat deren Anwendung soll nach Angaben mehrerer Ärzte wie: Hofrat Goldschmied, v. Zgorsky, Lewy usw. in vielen Fällen ein recht befriedigendes sein. Ich würde deren Anwendung nur für jene Fälle beschränken, wo es sich darum handelt, rascher die Alkaleszenz des Blutes zu erhöhen. Einen bleibenden Erfolg bei der Behandlung kann man nur durch Berücksichtigung der oben ausführlich besprochenen Momente, insbesondere der diätetischen Behandlung erzielen.

Literatur.

Traube: Ges. Beiträge zur Path. u. Physiologie III.
v. Basch: Die Herzkrankheiten bei der Arteriosklerose. Berlin, 1900, Verl. v. Aug. Hirschwald.
A. Fraenkel: Die Arteriosklerosis. Real-Enzyklopädie der ges. Heilkunde, Band II, Seite 6—9.
C. Truneček: Traitement de l'arteriosclerose par les injections souscutanées de sérum inorganique. Semaine médicinale 1901, Seite 137.
Jaeckle: Zeitschrift für physikalische Chemie, Bd. 36, Heft 1.
Th. Rumpf: Vorträge aus dem Gebiete der allgemeinen Therapie. Heft I, Seite 34—38.
Steinsberg (Franzensbad): Zur Behandlung der Arteriosklerose. Berliner klin. Wochenschrift Nr. 19, 1905.
Fisch (Franzensbad): „Der Blutdruck als Maß der Herzfunktion.“ Deutsche Ärzte-Zeitung, Heft 15, 1. August 1904.
Derselbe: Über Wesen und Bedeutung der Kohlensäurebäderbehandlung. Heilmittel-Revue, Jahrgang II, Mai 1904.
L. Lévy: Le Sérum de Trunecek. La presse médico 1902, 15. Jänner, pag. 52 u. 64.
Goldschmiedt (Reichenhall): Deutsche Praxis. 1903, 19.
v. Zgorsky: Reprd. d. prakt. Medizin Nr. 7—3, 1904. Allgemeine Wiener Med. Zeitung.

Neue Beiträge zur Eisentherapie.

Von Dr. J. Kraus.

Gegenüber den Mahnrufen, daß der Arzt heute zuviel mediziniere, ist es wohl am Platze, historisch darauf hinzuweisen, wie sich als Rückschlag gegen den Nihilismus der Wiener Schule allmählich wieder die Notwendigkeit des therapeutischen Eingreifens entwickelt hat. Im praktisch-ärztlichen Leben konnte der therapeutische Skeptizismus überhaupt nicht durchgreifen, da er sonst dem ärztlichen Stande, als dessen Hauptaufgabe die leidende Menschheit auch heute noch (und wohl immer) das Heilen von Krankheiten betrachtet, den Boden seiner Daseinsberechtigung entzogen hätte. Tatsächlich wurde die Arzneitherapie auch in jenen Zeiten ausgeübt, wo der therapeutische Skeptizismus seinen Höhepunkt erreicht hatte. Die Existenzberechtigung der Arzneitherapie war übrigens nicht nur durch die Erfordernisse des praktischen Lebens, sondern auch dadurch gegeben, daß schon der damalige Arzneischatz über Arzneimittel, wie Chinin, Opium, Quecksilber, Eisen, Arsen, Digitalis usw. verfügte, denen selbst der Skeptizismus eine Heilwirkung unter bestimmten Verhältnissen nicht absprechen konnte.

Die große Umwälzung der Pharmakotherapie war erst dann möglich, als mit den experimentellen Hilfsmitteln der Physiologie die Wirksamkeit der Arzneimittel im tierischen Organismus in exakter Weise studiert werden konnte. Die Chemie gab die Mittel, um die Pharmakotherapie von den komplizierten Arzneiformen, die experimentelle Untersuchung den Weg, um sie von einem Wust wertloser Arzneistoffe zu befreien. Dieser zunächst zerstörenden Tätigkeit folgte nun eine Epoche positiver Leistungen, durch welche die heutige Pharmakotherapie geschaffen wurde. (Mitteil. aus dem Gebiete d. physik. Therapie, 1906. Dr. Max Kahane.)

Ebenso ging es mit dem „löslichen Eisenzucker“, mit Früchten (Heidelbeeren) oder Gemüse (Spinat), die in dem Rufe standen, für Blutarme und Bleichsüchtige heilsam zu sein. Die moderne Wissenschaft, die mit dem unsicheren Tasten und mit unklaren Vorstellungen aufgeräumt, auch so manches Eisenpräparat wieder ausgemerzt hat, gab der Bluttherapie wieder einen festen Grund, indem sie das metallische Eisen in resorbierbare Form brachte, die Arzneiwirkung tilgte und schädliche Nebenwirkungen (Zahnerrosion, Konstipation) zu vermeiden bestrebt war. (Über Blutregeneration von Dr. L. Fürst.)

Nicht minder wichtig als das Eisen ist der Mangangehalt des Blutes. Eisen und Mangan findet man nicht nur in der anorganischen Natur vergesellschaftet, sondern auch im Blute, in der Galle und in den Haaren. Hanon hat bereits im Jahre 1849 auf die Anwesenheit des Mangans im Blute hingewiesen. Gleichzeitig hat Petrequin gezeigt, daß Eisen und Mangan im Blute der Chlorotischen gleichmäßig abnehmen, dann pflichtet Ruhle bei.

Die Resorbierbarkeit der Eisen-Manganpräparate wurde durch Tierversuche erwiesen. Eines der beliebtesten Präparate ist der Liquor ferr. mang. peptonati (Dieterich Helfenberg). Die neu auftauchenden wissenschaftlichen Untersuchungen über die Wirkungen des Alkohols auf den Körper haben die Aufmerksamkeit auf den verhältnismäßig hohen Alkoholgehalt des Liquors gerichtet.

Diese Untersuchungen haben mit manchem Vorurteil aufgeräumt. Allgemein gilt die Ansicht, daß der Alkohol, während der Mahlzeit genossen, die Verdauungstätigkeit des Magens befördert und daß der Genuß desselben besonders nützlich sei bei sehr fetten Speisen, bei reichlicher Nahrungszufuhr usw.

Es steht jedoch fest, daß für einen gesunden Magen Alkohol zur Verdauungstätigkeit unter allen Umständen entbehrlich sei und daß er den gesunden Magen eher schädlich als heilsam beeinflußt. Schon Claude Bernard und nach ihm Frerichs hatten erwiesen, daß konzentrierter Alkohol immer die Magenschleimhaut stark reizt, die Tätigkeit des Magens vermindert oder ganz aufhebt.

Neuere Forscher haben auch nach geringen Mengen sehr verdünnten Alkohols eine Verlangsamung der Sekretion beobachtet (Blumenau, Kretschy). Unter Einfluß großer Alkoholmengen wird der Gehalt an Salzsäure vermindert und die Bildung von Pepton ganz unterdrückt werden und nach wiederholter Einfuhr soll die Magenschleimhaut auf den normalen Reiz, den die Nahrung physiologisch auf sie ausübt, immer schwächer reagieren.



Da nun bei den Anämischen die Magentätigkeit immer etwas, manchmal sehr zu wünschen läßt, ist ein **alkoholfreies Eisen-Manganpräparat** sehr wünschenswert.

Noch dringender erscheint die Indikation, wenn wir die pathologischen Wirkungen untersuchen, die der chronische Alkoholgenuß auf den Magen und insbesondere auf die Blutgefäße ausübt, die bei den Anämischen ein locus minoris resistentiae sind.

Der Blutkreislauf erleidet große Störungen dadurch, daß die Blutgefäße, die Schlagadern in ihrer Struktur verändert werden und die Blutzirkulation wesentlich modifizieren. Durch den Alkohol erhalten die kleinen Gefäße vom Nervensystem aus eine Lähmung ihres Tonus und mit diesen eine Erweiterund ihres Lumens und eine Vermehrung, sowie eine Stauung ihres Blutgehaltes. In den großen Arterien wird durch den Alkoholreiz vom Blute aus ein entzündlicher Zustand der inneren Gefäßhaut gesetzt, welcher einen heftigen Zerfall der erkrankten zelligen Elemente zustande bringt und Ablagerungen von Kalksalzen hervorruft, so daß die Blutgefäße ihre frühere Elastizitat verlieren, hart und starr werden. In den veränderten Blutgefäßen fließt das Blut langsamer, und diesen erschwerten Widerstand muß das Herz überwinden.

Diese Erkrankung findet sich relativ häufig bei Trinkern. (Huss, Voisni, Traube, Romberg, Grassmann.)

Zeichen der Erkrankung werden bei Trinkern relativ in einem frühen Stadium beobachtet, die häufig wiederkehrende Reizwirkung bringt eine Veränderung der Magenschleimhaut hervor, welche um so intensiver und extensiver wird, je konzentrierter der eingeführte Alkohol und je inniger der Kontakt desselben mit der Magenwand ist. Je stärker das alkoholische Getränk und je leerer der Magen ist, umso schneller und verderblicher ist seine Wirkung. Die Blutgefäße der Schleimhaut werden erweitert und mit Blut überfüllt, an der Oberfläche der letzteren bilden sich kleine Blutaustritte, an einzelnen Stellen Abschilferungen und selbst größere und kleinere Geschwüre. Sie ist immer mit einer dicken, zähen, sauer riechenden Schleimmasse bedeckt; sie wird auch verdünnt und glatt und der sezernierende Drüsenapparat erkrankt (Baer und Laquer). Ich begrüßte es daher sehr, als ich hörte, daß die chemische Fabrik Helfenberg A.-G. einen alkoholfreien Liquor ferro mang. pepton. (Blutan) nach dem Verfahren von Dr. Karl Dieterich-Helfenberg (Deutsches Reichspatent, Auslandspatente) herstellt. Ich habe das Mittel in zahlreichen Fällen erprobt, von denen ich folgende als instruktiv hervorhebe:

1. Frl. Nelly J., 19 Jahre alt; mittelgroß, mittelkräftig, blaß, blasse Schleimhäute, anämische Geräusche, Menses regelmäßig, spärlich, blaß.

Nach Gebrauch 3 Flaschen fühlt sich Pat. wohler, hat mehr Farbe, die Menses sind reichlicher, angeblich hat das Menstruatblut mehr Farbe.

2. Frl. Ella W., 24 Jahre, leidet häufig an Schwindel und Kopfschmerzen. Letztere treten besonders bei Fahrten mit Eisenbahn und Wagen auf und führen im Anschluß an solche Fahrten zu stundenlang dauernder Migräne mit heftigem Erbrechen.

Objektiv außer Erscheinungen einer mäßigen Anämie nichts nachweisbar, keine Nervendruckpunkte, keine sonstigen nervösen Symptome.

Nach Gebrauch von 2 Flaschen des Blutan sind nicht bloß die Gingiven und Konjunktiven besser gefärbt, auch die oben genannten nervösen Symptome sind geschwunden.

3. Frl. Elisabeth F., 28 Jahre alt, 75 *cm*, 96 *kg* schwer, mit den Symptonen der anämischen Adipositas. Mußte eine Marienbader Kur wegen stets stärker auftretenden Herzbeschwerden abbrechen. Trotz seit 2 Jahren zunehmenden Gewichtes hat Pat. seit 6 Monaten nicht menstruiert.

Die Eisenmedikation mit Blutan hatte nach 2 Monaten den Effekt, daß die Menstruation wiederkehrte, das subjektive Befinden sich besserte und ein entfettendes Regime eingeleitet werden konnte, durch das Pat. 7 *kg* Körpergewicht einbüßte.

4. Frau Bertha F., 47 Jahre, bekam das Präparat versuchsweise in der Rekonvaleszenz nach einer schweren nicht spezifischen Pleuropneumonie; sie nahm eine Flasche gerne und willig, erholte sich rasch und schrieb die rasche Erholung dem Blutan zu.

5. Clara B., 19 Jahre alt, sucht mich mit der Angabe auf, sie leide nach jeder Mahlzeit an Magendrücken, kann daher nicht viel essen.

Neben hochgradiger Blässe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute und anämischen Geräuschen an der Herzbasis war eine ziemliche Magenatonie nachweisbar, indem vier Stunden nach der Mahlzeit über dem Magen noch Plätschergeräusche erzeugt werden konnten. Über den Lungenspitzen nichts nachweisbar.

Pat. gehörte anscheinend zu den zu Dutzenden herumlaufenden, schon von Bremer beschriebenen, zur Schwindsucht disponierten Individuen. Auf der I. Wiener medizinischen Klinik hatte man ihr Kakodylinjektionen durch längere Zeit gemacht und Strychnin innerlich post coenam gegeben, doch hatte diese Medikation nicht den gewünschten Erfolg. Dagegen hatte man eine vorher anscheinend erfolglos gegebene Kur abgebrochen und ihr die weitere Zufuhr von Eisen untersagt mit der Motivierung: Die organischen Eisenpräparate sind nichts wert und die anorganischen verpatzen den Magen!

Ich versuchte mein Heil anfangs mit Kreosotpillen und gab, als nach kurzer Zeit Pat. kein weiteres Kreosot nehmen zu können erklärte, eine Flasche Blutan. Zu meinem Erstaunen wurde dieses Mittel nicht bloß gerne genommen und gut vertragen, es bessert sich auch das Aussehen und der Appetit. Nachdem Pat. 3 Flaschen getrunken hatte, hatte sie 7 *kg* an Körpergewicht zugenommen.

Gerade der oben zitierte Fall hat mich veranlaßt, die Indikationen der Ferromedikation weiter zu stecken als bisher.

Von der Idee ausgehend, daß das resorbierte Fe. u. Mn. durch die bessere Blutmischung und dadurch resultierend bessere Ernährung der Gewebe und speziell des Herzens den Blutdruck steigert, gab ich Blutan bei einem Fall von Vit. cordis (Mitr. insuff. und Stenose). Die Krankengeschichte ist auszugsweise folgende:

Rosa Sch., 47 Jahre alt, virgo, leidet an Druck auf der Brust, Appetitlosigkeit, große Schwäche, Herzklopfen. Pat. ist mittelgroß, schlecht genährt, Herzdämpfung vom rechten Sternalrand bis zur vorderen Axillarlinie, allenthalben über allen Ostien systolisches Schaben, an der Mitralis praesystolisches Geräusch, zweiter Pulmonalton stark akzentuiert, Aortentöne kaum hörbar, durch die fortgeleiteten Geräusche verdeckt. Puls klein, leicht unterdrückbar. Schleimhäute blaß, sonst kein Befund. Ich gab zuerst Tct. Stroph. und Aqu. Lauroc., wodurch das Druckgefühl gemindert wurde, ohne daß die anderen Symptome, speziell die Appetitlosigkeit und Schwäche sich vermindert hätten, erzielte auch besseren Appetit, aber das Gefühl der Schwäche blieb konstant. Dann versuchte ich es auf Grund des oben skizzierten Gedankenganges Blutan zu geben.

Nach 8 Tagen erklärte Pat., daß ihr das Medikament widerstehe, doch verlangt sie es nach achttägiger Pause wieder, weil sie sich danach viel kräftiger gefühlt habe. Pat. nimmt nun seit etwa 6 Monaten Blutan durch je 2 Wochen mit zweiwöchentlicher Pause, während welcher sie ein Herzmittel bekommt und befindet sich derzeit subjektiv verhältnismäßig wohl. Sie ist imstande ihrem Berufe (Näherin) nachzugehen, findet sich kräftiger, verträgt das Essen und sieht besser aus.

Ich habe bei Abgabe des Mittels der Pat. stets ans Herz gelegt, die für Eisen gebräuchliche Diät zu befolgen, speziell saure Speisen zu vermeiden. Mehr als einmal konnte ich mich überzeugen, daß die Pat. die Mahnung nicht befolgte und in ihrer Diät sich keinerlei Beschränkung auferlegte. Nichtsdestoweniger habe ich die früher bei Eisenmedikation so häufigen gastrischen Beschwerden niemals beobachten können.

Ich habe das Mittel außerdem in anderen Fällen in Anwendung gezogen, die sich mit geringen Variationen unter die oben geschilderten Schemen unterbringen lassen.



Die Konklusionen, zu denen ich gelangte, waren folgende: Das Mittel entspricht allen Ansprüchen, die wir an ein Eisenmanganpräparat stellen; es ist, wie meine Beobachtungen zeigen, imstande, den hämatopoetischen Apparat zu erhöhter Tätigkeit anzuregen und so das Blut zu regenerieren und seine krankhafte Beschaffenheit zu korrigieren; außerdem hat es von den anderen Eisenpräparaten den Vorzug, daß es alkoholfrei ist, daher weder die Verdauungstätigkeit irritiert noch den Darmtrakt. Wenn man bedenkt, daß der gewissenhafte Arzt bei der Behandlung der Anämie sich nicht mit einem momentanen Erfolg begnügen darf, sondern das Mittel monatelang in großen Dosen geben muß, darf man diesen Faktor gewiß nicht gering anschlagen, selbst wenn man nicht auf dem Standpunkt der Abstinenz steht. Die Alkoholmenge, die der Pat. bei den bisher gebräuchlichen Eisenlikörs zu sich nimmt, ist durchaus nicht belanglos (besonders in der Kinderpraxis), wobei man bedenken muß, daß der Pat. in Unkenntnis des Alkoholgehaltes der betreffenden Medizin sich auch sonst keinen Zwang im Alkoholgenusse auferlegt. Es ist also nicht ausgeschlossen, daß, wenn auch in verschiedenem Grade, sich eine der im Eingange genannten schädlichen Wirkungen einstellt.

Primum non nocere, dieses Grundsatzes eingedenk, wird der moderne Arzt vor allem an Blutan denken, wenn er ein Eisenmittel verschreibt.

Besonders bei Kindern bis zu 15 Jahren, bei Rekonvaleszenten, bei Personen, die an chronischen Alkoholismus, Epilepsie, Migräne oder andere Nervenkrankheiten leiden, ist es einfach seine Pflicht, das alkoholfreie Blutan zu verordnen, wobei er noch den Vorteil hat, daß, wie die Erfahrung zeigt, keine speziellen, auf das Eisenmangan bezüglichen Diätvorschriften notwendig sind.

Endlich sei noch erwähnt, daß das Blutan — infolge seiner Alkoholfreiheit — billiger als alle anderen derartigen Eisenmittel ist.

II. Referate.

Ausschaltung der ganzen Jejunums-Heilung. Von Dr. José Ribera y Saus, Madrid.

R. berichtet über einen Fall eines ausgedehnten Tumors im Jejunum und Netz (Epithelioma?), bei dem das ganze Jejunum ausgeschaltet und das Ileum direkt mit dem Duodenum vereinigt wurde. Die Kranke vertrug bereits einige Wochen nach der Operation alle Speisen und wurde in gutem Ernährungszustand aus der Klinik entlassen. (Revista de medicina y cirugiá prácticas, 28. Dez. 1906, Nr. 960.)

*

Ein Fall von traumatischem Diabetes mellitus. Von Dr. Schweckendiek.

S. berichtet wie folgt: Am 16. Oktober wurde ich zu einem 6jährigen Knaben gerufen, welcher tags zuvor beim Spiel einen Fußstoß in die Nabelgegend erlitten, 10 Minuten lang unter großen Schmerzen am Boden gelegen habe und seit letzter Nacht unaufhörlich Durst verspüre und große Mengen Urin entleere. Er habe wohl drei Liter Wasser nachts getrunken und zwei Liter Harn gelassen, dabei öfter erbrochen.

Ich fand bei einem bis dahin gesunden Kinde: Blässe des Gesichtes, Kälte der Extremitäten, einen Puls von etwa 60 und eine Temperatur von 37·1°. Der Leib war von mäßiger Auftreibung und in der Nabelgegend sowie rechts von ihr empfindlich. Stuhlgang angehalten. Öfters Erbrechen am Tage.

Die Harnuntersuchung zeigte am 17. Oktober ein spezifisches Gewicht von 1020 und ein Freisein von Eiweiß oder Zucker (Nylanders Reagens), hingegen am 19. Oktober etwa 4¾% Zucker, viel Azeton, wenig Azeton-Essigsäure und ein spezifisches Gewicht von 1030. Die Symptome hielten bis zu dem am 22. Oktober erfolgten Tode des Kindes unverändert an. In der letzten Nacht trat Koma mit der großen Atmung ein, zeitweise mit schreckhaften Illusionen und motorischer Unruhe verbunden. Es entleerte sich weiter in den letzten Stunden schwarzes Blut mit dem Stuhlgang.

Die Sektion wurde nicht gestattet. Es liegt nahe, diesen sehr akuten Diabetes mellitus mit einer Blutung und einer ausgedehnten Nekrose im Pankreas oder da Fettstühle anscheinend nicht vorlagen, mit einer Splanchnikus-Affektion in Zusammenhang zu bringen.

Bei dem Freisein des Urins von Zucker am zweiten Krankheitstage handelt es sich bei einem spezifischen Gewicht des sehr reichlich entleerten Urins von 1020 vielleicht um unvollständige Spaltungsprodukte des Zuckers, welche auf das Nylandersche Reagens nicht reagierten. (Allg. Med. Zentralzeitung Nr. 1, 1907.)

*

Zur Höhe der Erwerbsbeschränkung nach Heilung eines Anus praeternaturalis. Von Dr. Moritz Mayer, Simmern.

In dem nachstehend zu schildernden Falle hatte es sich um eine Brucheinklemmung gehandelt, die 1898 auf Grund der bekannten Entscheidungen von der Rheinischen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft als Betriebsunfall anerkannt war.

Zunächst folgen noch einige Bemerkungen über das Heilverfahren. Sämtliche Eingriffe waren auf dem flachen Lande in einem kleinen Bauernhause unter alleiniger Assistenz durch eine Diakonissin ausgeführt worden. Nun dürfte gerade für die Landpraxis über den Wert der Anlegung eines Anus praeternaturalis bei brandigen Brüchen kein Zweifel bestehen. Allerdings sagt Hofmeister (1900), der in 25 Fällen mit Gangrän der eingeklemmten Darmschlinge bei Primärresektion 23·5%, bei Anlegung eines Anus praeternaturalis 80% Mortalität sah, der Anus praeternaturalis sei nur als Notbehelf anzusehen. Auch nach Petersen (1901), unter dessen 22 Fällen von Anus praeternaturalis der Czernyschen Klinik 15, während unter 28 primär resezierten nur 9 starben, ist der widernatürliche After nur ein Notbehelf; er soll, genügende Erfahrung des Operateurs vorausgesetzt, nur angelegt werden bei starkem Kollaps oder bei sehr ausgedehnter, periherniöser Phlegmone. Mit Recht sagt dagegen Martina, der die gangränösen Hernien der Grazer Klinik bespricht: In der Landpraxis ist die Anlegung eines Anus praeternaturalis unter schwierigen äußeren Verhältnissen ein lebensrettender Eingriff und einfache und leicht ausführbare Methode.

M. fügt hinzu, daß nach Abquetschung des Dorns, Ablösung des Darmes von der Bauchwand und Vernähung der Öffnung im Darme die äußere Wunde nicht verschlossen wurde. Die anfänglich mit Jodoformgaze tamponierte Höhle sonderte noch am 17. Oktober nach Kot riechendes Sekret ab. Es bestand noch eine Darmfistel. Ich füllte die Höhle zunächst mit 1%iger Argentum nitricum-Lösung aus, ließ dann in den nächsten Tagen tropfenweise eine Lösung von Ol. terebinthin. in Olivenöl einträufeln. Der Verschluß geschah unter Anwendung dieser Reizmittel rasch, prompter als unter Jodoformgazetamponade. Es traten allerdings infolge Resorption des Terpentinöls vorübergehend Ödeme der Knöchel auf, die nach Weglassen des Mittels sofort schwanden.

Die Anwendung des Terpentinöls zu diesem Zwecke dürfte der Nachprüfung wert sein. Die Anwendung von Kauterisationen zum Zwecke des Verschlusses solcher Fisteln ist zwar schon alt; erwähnt doch z. B. Pirogoff in seiner Kriegschirurgie (Leipzig 1864, S. 584), daß Demme berichtet, seinem Vater sei es gelungen, 6 Fälle von widernatürlichem After nach Hernien durch Kauterisationen mit Salpetersäure, Zinkpaste . . . zu heilen. Ob aber Terpentinöl zu diesem Zwecke bereits angewandt worden ist, kann ich nicht angeben. Über die Gründe zu der Anwendung habe ich a. a. O. berichtet. Hier dürfte wohl die peptische Wirkung der angelockten Leukozyten eine Rolle spielen, die auch von Buchner (Münch. med. Wochenschr. 1900, S. 277) anerkannt worden ist.

Die Schätzung einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit um 40% von 1903 an beruht auf der eigenen Beobachtung, zu der ich wiederholt Gelegenheit hatte und auf der Angabe Stolpers, daß bei Bauchdeckenbrüchen eine Erwerbsbeschränkung von 25—50% anzurechnen sei.



Die Ansicht steht im Widerspruch mit einer These Wegners „Zur gerichtsärztlichen Beurteilung der Darmverletzungen“ (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med., 3. F., 1897, XIV. Suppl. S. 44): „Ein Anus praeternaturalis ist als Siechtum aufzufassen, selbst wenn er durch Operation geheilt wird“. „Wenn auch schließlich eine vollständige Heilung eintritt, so können doch die eingetretenen narbigen Verengerungen und Strikturen des Darmes das Leben unerträglich machen, ja, wie wir bei den spontanen Rupturen gesehen haben, später dennoch zum Tode führen.“

In dem geschilderten Falle lag, wenigstens für die vergangenen 8 Jahre, ein Siechtum bestimmt nicht vor. (Münch. mediz. Woch. Nr. 52.)

*

Über die diagnostische Hirnpunktion. Von Priv.-Doz. Dr. M. Ascoli.

Die Probepunktion des Gehirnes durch feine Bohröffnungen im Schädel ist seit längerer Zeit wiederholt vorgeschlagen worden. Eine sehr einfache diesbezügliche Methode wurde im Jahre 1899 von A. Kocher angegeben. Kocher drückt nach Rasierung der Haare und Desinfektion der betreffenden Stelle einen Drillbohrer durch die Weichteile auf den Knochen, durchbohrt denselben und führt durch den Kanal die Nadel einer Pravatzschen Spritze zur Probepunktion ein. Th. Kocher redet dieser Form explorativer Trepanation, die auf seiner Klinik nicht nur therapeutisch für die Injektion von Tetanusheilserum ins Gehirn und die Punktion der Ventrikel zur Entleerung angesammelten Liquors das Normalverfahren darstellt, sondern auch diagnostisch als Explorativoperation üblich ist, warm das Wort.

Eine grundlegende Arbeit auf diesem Gebiete verdanken wir E. Neisser und Pollack; diese Autoren haben die Leistungsfähigkeit des Verfahrens zum ersten Male systematisch und konsequent an geeignetem, reichem Krankenmateriale geprüft und die Technik in die feinsten Details ausgebildet. Neisser und Pollack durchbohren einzeitig mit feinen Bohrern mit planparallelen Flächen Weichteile und Knochen; anstatt des Drillbohrers verwenden sie die elektrische Bohrmaschine. Die Hirnpunktion hat ihnen in zahlreichen Fällen in diagnostischer und therapeutischer Beziehung ausgezeichnete Dienste geleistet.

Trotz alledem scheint, den spärlichen weiteren Beiträgen nach zu urteilen, diese wichtige Untersuchungsmethode allgemeineres Interesse und ausgedehntere Verbreitung bisher nicht gefunden zu haben und ihre Bedeutung und Tragweite zur Zeit noch nicht anerkannt zu sein. Im folgenden berichtet A. über die Resultate von 12 an 6 Patienten in den letzten 2 Semestern vorgenommenen Hirnpunktionen.

Bezüglich der Wahl der Bohrstelle ist das maßgebende Moment vor allem die alte Regel „primum non nocere“. Demgemäß sind jene Punkte zu vermeiden, an denen man Gefahr läuft, Gefäßverletzungen (in erster Linie der Art. meningea media, der venösen Sinus) zu bewirken. Für eine Reihe von Punkten können wir einfach den in den Lehrbüchern der Chirurgie niedergelegten Vorschriften und Unterweisungen folgen. Eine weitere Anzahl von Punkten, und besonders solchen, von denen aus die Prädilektionsstellen gewisser Erkrankungen (Kleinhirn-, Schläfenabszesse usw.) gefahrlos zu erreichen sind, haben Neisser und Pollack verdienstvoll präzisiert. Im übrigen wird es, je nachdem die Symptomatologie es erfordert, nach vorausgehendem Studium der anatomischen Verhältnisse und eventueller Prüfung an der Leiche möglich sein, eventuell weitere sich zur Punktion eignende Stellen ausfindig zu machen. Zur raschen und sicheren Orientierung in bestimmten Gegenden haben sich Neisser und Pollak der Kocherschen Methode der kraniozerebralen Topographie mittels des Kocherschen Zyrtometers bedient, wie ja auch die Krönleinsche, Poiriersche und D'Antonasche Methode ausgezeichnete Dienste zu leisten imstande sind.

Bezüglich der Tiefe, bis zu welcher die Explorativnadel vordringen darf, kann von allgemeinen Regeln nicht die Rede sein, und muß man sich von Fall zu Fall von der vorliegenden Symptomatologie und den Besonderheiten der Stelle, an welcher der Eingriff stattfindet, leiten lassen. Der Vorteil, den man sich von tiefen Punktionen versprechen darf, ist aber mehr scheinbar als reell; denn wenn auch im gegebenen Falle ein Krankheitsherd durch tiefe Punktion glücklicherweise erkannt wird, so ist damit nicht viel gewonnen, da eine radikale chirurgische Operation durch den tiefen Sitz ja meist ausgeschlossen wird. Viel vorteilhafter im Interesse des Patienten ist es, sich durch wiederholte, methodische, oberflächliche Punktionen zu vergewissern, daß der Sitz der Läsion mit dem Messer nicht gut erreichbar ist, als durch tiefe Punktionen um jeden Preis eine Diagnose stellen zu wollen, die für den Patienten von zweifelhaftem Werte und überdies mit Gefahr (Gefäßverletzung!) verbunden ist.

Unangenehme Zwischenfälle oder Folgen der Punktion sind uns bisher nicht vorgekommen. Wir sind aber weit davon entfernt, apodiktisch auszuschließen, daß sich solche mitunter absolut nicht ereignen können; im Gegenteil sind wir der Ansicht, daß die Hirnpunktion jenen Vornahmen zuzurechnen sei, die nicht blind anzuwenden sind, um Mängel in der Untersuchung der Kranken oder in der diagnostischen Diskussion zu ergänzen, sondern im Gegenteil mit Vorsicht und Bedachtsamkeit dazu in Anwendung zu kommen haben, um dem auf gewissenhafter Krankenbeobachtung und Analyse der Symptomatologie gegründeten diagnostischen Gebäude das Gepräge der Gewißheit zu verleihen.

Wenn wir aber andererseits bedenken, daß doch meist äußerst schwere, ja oft aussichtslose Fälle in Betracht kommen und daß die Gefahren des Verfahrens zur Zeit eher supponiert als tatsächlich erwiesen sind, so können wir zwar wünschen, daß eine breitere Erfahrung die Unschädlichkeit der Hirnpunktion definitiv bestätige oder uns dieselbe zu erreichen lehre, aber nicht im Hinblick auf jene Gefahr auf einen Eingriff verzichten, der uns im gegebenen Falle einzig und allein den Weg der Rettung schwerster Fälle anzudeuten imstande ist.

Vor wenigen Jahren schrieb Th. Kocher folgende Zeilen: „Es ist für Hirnkrankheiten zur Zeit nicht mehr Grund vorhanden, wegen ungenauer Lokalisationsdiagnose von rechtzeitigen operativen Eingriffen abzusehen als bei traumatischen Läsionen, wo man häufiger noch weniger exakt z. B. die Stelle eines Blutergusses bestimmen kann.“ Und fuhr fort: „Wenn wir uns einen Vorwurf machen, einen Menschen auf den Sektionstisch zu bekommen mit einem Extravasat aus der verletzten Meningea media, so müssen wir unser Gewissen doppelt beunruhigt fühlen, einen Menschen mit einem langsam sich entwickelnden Hirntumor oder Abszeß zugrunde gehen zu lassen, ohne daß wir den Schädel eröffnet und die Entfernung des Tumors versucht haben.“

Ist dieser Mahnruf nicht mit größerem Nachdruck für die diagnostische Hirnpunktion zu wiederholen, die vor der eigentlichen Trepanation die unvergleichlich geringere Schwere des Eingriffes voraus hat und eine vollständigere Exploration in bezug auf Oberfläche und Tiefe gestattet? (Berl. klinische Wochenschr. Nr. 51.)

*

Untersuchungen über Karzinomimmunität bei Mäusen. Von Dr. Georg Schöne.

Jensen hat das Verdienst, als erster die Frage der Karzinomimmunität bei Mäusen experimentell in Angriff genommen zu haben. Als Resultat seiner Versuche äußerte er mit Vorsicht und Zurückhaltung, daß es möglich zu sein scheine, gesunden Mäusen eine aktive Immunität beizubringen und weiter auch Mäuse, die schon durch Impfung kleine Geschwülste bekommen haben, zu immunisieren, mit dem Erfolg, daß das Geschwulstgewebe zerfällt und resorbiert wird. Gaylord, Clowes und Baeslack berichteten ferner, daß im Serum von Mäusen, bei welchen die spontane Resorption eines Tumors stattgefunden hatte, Immunkörper gegen Karzinom enthalten seien.

Ehrlich ist es dann gewesen, der diese Immunität über jeden Zweifel sichergestellt hat. Nach dem Muster in



der Bakteriologie gebräuchlicher Methoden impfte er die Tiere zunächst mit avirulenten Tumoren und setzte dann die Immunisierung mit Material von steigender Virulenz fort. Schon eine einmalige Vorimpfung mit den erfahrungsgemäß fast avirulenten hämorrhagischen Spontantumoren der Maus ergab binnen 14 Tagen eine Wochen und Monate dauernde Immunität in 50—80% der Fälle. Weiter stellte Ehrlich fest, daß die Wiederholung der Einspritzungen, sei es von Spontantumoren, sei es von mehr oder weniger virulenten, bereits vielfach von Tier auf Tier übertragenen Tumoren, geeignet war, die Immunität erheblich zu steigern.

Von wesentlicher Bedeutung war die weiter von Ehrlich gefundene Tatsache, daß eine Immunisierung mit einem Karzinom sich sowohl gegen alle anderen Karzinomstämme wie gegen die im Institut fortgezüchteten Sarkomstämme als wirksam erweist. Dasselbe gilt umgekehrt von der Immunisierung mit Sarkom. Gelingt es, die Sarkomkarzinomimmunität ad maximum zu steigern, so besteht bei einem Teile solcher Tiere auch eine allerdings zuweilen nur partielle Immunität gegen das im Institut fortgepflanzte Chondrom. Damit schien diese Immunität gekennzeichnet zu sein als eine Panimmunität gegen Mäusetumoren.

Nachdem einmal der Gedanke der Panimmunität ausgesprochen war, lag es nahe, die Frage aufzuwerfen, ob es sich denn überhaupt um eine spezifische, nur durch Tumorgewebe zu erzielende Immunität handle, oder ob nicht auch im normalen Organismus immunisierungsfähige Zellen oder Stoffe vorhanden seien.

Diese Frage ist augenscheinlich gleichzeitig an drei großen Krebsinstituten in Frankreich, England und Deutschland in Angriff genommen worden. Nach einer gütigen mündlichen Äußerung des Herrn Borrel ergaben in Paris Einspritzungen von Mäuseleber keinen immunisierenden Effekt. Aus London hat Bashford berichtet, daß es ihm gelungen sei, eine Immunität gegen Jensens Tumor durch Einspritzung von Mäuseblut zu erzielen.

Auf Anregung von Herrn Geheimrat Ehrlich hat Sch. sich seit dem Mai 1906 auf der Karzinomabteilung des Frankfurter Institutes für experimentelle Therapie mit der experimentellen Prüfung dieser Fragen befaßt. Seine Versuche zogen sich etwas lange hin, weil er in der ersten Zeit aus technischen Gründen genötigt war, mit Sarkom zu arbeiten und erst in der zweiten Hälfte des Sommers zur Nachimpfung mit Karzinom übergehen konnte.

Verschiedene Gruppen von Mäusen wurden vorbehandelt mit

1. Mäuseembryonen,
2. Mäuseleber,
3. Mäusehoden,
4. Hühnchenembryonen,
5. menschlichem Mammakarzinom.

Über das Ergebnis dieser Versuche sei im folgenden kurz berichtet.

Mäuseembryonen wurden gewählt aus zwei Gründen. Es lag ja der Gedanke nahe, daß, wenn überhaupt Bestandteile des normalen Organismus die Fähigkeit haben sollten, immunisierend zu wirken, die immunisierende Kraft der einzelnen Gewebe und Organe eine sehr verschiedene sein könnte. Mit dem Mäuseembryo aber verwenden wir das ganze Tier, also alle in Betracht kommenden Komponenten. Auf diese Weise wurde ein planloses Suchen und Durchprobieren vermieden. Allerdings war die Tatsache zu bedenken, daß der Embryo doch nicht in jeder Beziehung dem erwachsenen Tier gleichzustellen ist. Hierin konnte aber ebensogut ein Vorteil wie ein Nachteil des Verfahrens liegen. Denn es mußte nach vielfach herrschenden Anschauungen immerhin möglich erscheinen, daß wachsende Zellen, wie die des Embryos, eine gewisse Verwandtschaft mit Tumorzellen besitzen, und daß vielleicht gerade diese Eigenschaft sie fähig machen könnte, eine immunisierende Wirkung auszuüben.

Die Mäuseembryomen (von weißen und grauen Mäusen) wurden nach Tötung des trächtigen Tieres dem Uterus asep-tisch entnommen und zum Teile frisch verwendet, zum Teile bei einer Temperatur von —10° bis —12° gesammelt und aufbewahrt. Zur Immunisierung wurden die großen von den kleinsten Embryonen getrennt; im wesentlichen sind große Embryonen (fast ausgetragene) benutzt worden. Die Versuche mit den kleinen sind nicht abgeschlossen, weil diese Stadien nicht in genügender Menge zur Verfügung standen.

Die Embryonen wurden genau wie das zur Impfung bestimmte Tumormaterial zur Einspritzung vorbereitet. (Ebenso wurde in den anderen Versuchen auch mit Leber, Hoden usw. verfahren.) Sie wurden unter aseptischen Kautelen fein zerschnitten und verrieben, worauf der Brei ohne jeden Zusatz mittels Glaskanülen den Mäusen subkutan oder intraperitoneal injiziert wurde. Die injizierten Mengen entsprachen in der ersten Zeit etwa den Mengen, welche sich bei der Immunisierung mit Tumormaterial als wirksam erwiesen hatten (zirka 0·3 *cm³*). Später hat Sch. besonders intraperitoneal, größere Quantitäten eingespritzt (bis zu 0·6 oder 0·7 *cm³*). Als Versuchstiere dienten in allen Fällen weiße Mäuse.

Das Resultat dieser Untersuchungen ist also im wesentlichen, daß eine Immunität gegen epitheliale Mäusetumoren durch wiederholte Injektionen eines Breies aus großen Mäuseembryonen erzielt werden kann. Einspritzungen von Mäuseorganen (Leber und Hoden) haben in meinen Versuchen, wenn überhaupt, sehr viel weniger immunisierend gewirkt, ebenso 5 Tage alte Hühnchenembryonen.

Bekanntlich faßt Doyen die Karzinomimmunität als eine bakterielle auf und bringt sie in Beziehung zu dem von ihm beschriebenen Micrococcus neoformans. Nachdem es nun auf der einen Seite Bashford (Blutinjektionen), auf der anderen Sch. (Embryoneninfektionen) unabhängig von einander gelungen ist, mit normalen Geweben, in denen der Micrococcus neoformans nicht vermutet werden kann, Immunität zu erzeugen, steht fest, daß es eine Immunität gegen Mäusekarzinom gibt, welche nicht spezifisch genannt werden kann und welche jedenfalls nicht durch Parasiten oder deren Stoffwechselprodukte hervorgebracht wird.

Ob diese Immunität identisch ist mit der auf eine Tumorinjektion folgenden, bleibt eine offene Frage. Ebenso muß es der Zukunft überlassen bleiben, zu entscheiden, ob es sich hier überhaupt um eine durch das Serum vermittelte Antikörperwirkung des Blutes handelt, oder ob die in Frage stehende Immunität nicht etwa als eine zelluläre oder histogene zu verstehen und mit denjenigen Erscheinungen in Beziehung zu setzen ist, welche Ehrlich unter dem Namen der atreptischen Immunität zusammengefaßt hat. (Münchner med. Woch. Nr. 51.)

III. Literatur.

Über den Schwachsinn nebst seinen Beziehungen zur Psychologie der Aussage. Von Dr. Jul. Hampe. (Braunschweig, Friedr. Vieweg & Sohn, 1907.) 79 Seiten, Preis Mk. 2.

Weit ausgreifend erörtert der Verf. zunächst das Wesen und die Ursachen des Schwachsinnes. Später geht er auf die Besprechung der forensischen Beziehungen des Schwachsinnes über. Einige von seinen Ausführungen, namentlich über die als moralischer Schwachsinn bezeichneten Form verdienen besonders hervorgehoben zu werden. „Weniger darauf, ob eine intellektuelle Schwäche vorliegt, kommt es an, als auf das Mißverhältnis zwischen treibenden Gefühlen oder Affekten und hemmender Intelligenz . . . .“ „Bei stark ausgeprägtem Triebleben, wo die Hemmung durch höher sittliche Vorstellungen fehlt, muß auf volle Unzurechnungsfähigkeit erkannt werden“. „Diesen Individuen muß auch die Zeugnisfähigkeit gänzlich abgesprochen werden“. „Vor Gericht kommt es freilich noch selten zu diesem Urteil, da der Laie sich schwer hineinfindet, daß ein Angeklagter, dessen „Intelligenz“ intakt ist, unzurechnungsfähig sein soll“. Bei der großen Zahl der moralisch Schwachsinnigen handelt es sich um eine Herabsetzung der psychischen Gefühlszustände, aus der sich eine unzureichende Gefühlsbetonung der ethischen Hemmungen und damit ein

Vorherrschen des Trieblebens ergibt. Bei einer anderen Gruppe von Schwachsinnigen handelt es sich um Mängel im Denkprozeß, „denen eine unvergleichlich lebhafte Gefühlsbetonung gegenübersteht, die den schwachen Intellekt förmlich überwuchert“. Diese Leute entwickeln sich leicht zu Querulanten; Zeugenaussagen solcher Individuen sind „wegen ihrer phantastischen Auslegung der Ereignisse und der subjektiven Voreingenommenheit und der hohen Bestimmbarkeit durch andere stets sehr verdächtiger Natur“. Interessante Bemerkungen über falsche Aussagen Geistesgestörter, Zeugnisfähigkeit des Kindes und des Weibes, über Simulation usw. bilden den Schluß der Arbeit, der noch eine Vereinsbesprechung der Ansichten des Verf. und zwei Gutachten angehängt sind. B.

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 8. Februar 1907.

Rudolf Pollak demonstriert einen sechsmonatlichen Säugling, bei dem seit vier Monaten täglich eine reichliche Menge von zirka 1 *cm* langen und 2 *cm* breiten, gurkenähnlichen, rötlichgrauen bis weißgrauen Gebilden mit dem Stuhle abgehen. Die mikroskopische Untersuchung ergab Glieder einer Taenia cucumerina. Diese Tänienart kommt häufig im Dünndarm des Hundes oder der Katze vor; beim Menschen jedoch nur selten. Interessant ist die Ätiologie in diesem Falle. Die Mutter des Kindes machte mit ihrem damals fünf Wochen alten Säugling einen Besuch bei einer befreundeten Familie, wo das Kind neben eine Katze aufs Bett gelegt wurde. Drei Wochen nach diesem Ereignis gingen die ersten Glieder ab und dieser Zeitraum wird auch von den Autoren als der zur Reifung der Taenia cucumerina erforderliche angegeben. Im vorliegenden Falle hat die Tänia nicht die geringsten Symptome gemacht. Zur Abtreibung des Wurmes wird besonders die Kamala (0·5 bis 2·0 *g*, je nach dem Alter des Kindes), oder auch das Extract. Filicis maris in vorsichtiger Dosis empfohlen.

Artur Horner stellt aus der Abteilung Pal einen Fall von Mißbildung an der linken Hand vor. Es besteht neben den Initialerscheinungen einer Taboparalyse eine ziemlich bedeutende Vergrößerung des linken Daumens, doch betrifft die Volumszunahme nur die Weichteile. Angeblich soll auch der linke Zeigefinger der Patientin vor 28 Jahren wegen seiner exzessiven Länge, angeblich aus kosmetischen Gründen operativ entfernt worden sein. (An seiner Stelle findet sich tatsächlich eine Operationsnarbe.)

Gustav Riehl demonstriert einen Fall von Keratosis palmaris hereditaria.

Hugo Leischner bespricht mehrere Fälle von Schädelverletzungen.

Oskar Kraus demonstriert ein von ihm konstruiertes Modell eines Zweiwegehahnes zur Blasenspülung und zur Harnröhrenspülung nach Janet. Das Prinzip dieses Hahnes beruht auf der wechselweisen Kompression des zu- oder abführenden Schenkels eines T-Rohres aus Nelatongummi durch eine besonders konstruierte Quetschklemme, die mit dem ganzen Apparate an den Irrigatorschlauch einerseits, an die Harnröhre, respektive den Katheter anderseits angesteckt wird. Er wird von Reiner in Wien angefertigt und kann auch zur Spülung von Körperhöhlen mit abwechselnd heißen und kalten Flüssigkeiten verwendet werden.

Oskar Semeleder spricht über funktionelle Behandlung des Plattfußes und Klumpfußes, wobei er von neuen Gesichtspunkten ausgeht. Nach Besprechung der bisher üblichen Methoden in der Behandlung des Platt- und Klumpfußes kommt er auf seine Methode zu sprechen, die in vielen Fällen allein schon imstande sein soll, die Korrektur der Deformität selbst ohne jede Operation, ohne jeden Eingriff auf funktionellem Wege, geradezu automatisch herbeizuführen. Plattfuß, Klumpfuß, X- und O-Beine stehen unter dem ungünstigen Einflusse des Körpergewichtes; entweder sind sie durch die Einwirkung der Körperschwere entstanden, oder aber werden sie durch den Einfluß des Körpergewichtes gesteigert, verschlimmert. Wenn die Körperschwere imstande ist, das einemal ein X-Bein, das anderemal ein O-Bein zu erzeugen, oder das einemal einen Plattfuß, daß anderemal einen Klumpfuß, also entgegengesetzte Produkte zu bilden, so glaubt S., daß unter bestimmten Bedingungen die Körperschwere auch aus einem X-Bein ein O-Bein und aus einem Plattfuß einen Klumpfuß zu erzeugen imstande sein sollte. Auf dem Prinzipe, die Körperschwere bei der Korrektur der jeweiligen Deformität sich dienstbar zu machen, beruht nun die Methode Semeleders. Es sei nur notwendig, die Körperschwere auf den als Winkelhebel sich darstellenden Apparat ensprechend wirken zu lassen. Der eine Arm des Hebels liegt unter dem Fuß, während der andere Arm sich an der Seite des Unterschenkels heraufzieht. Das Hypomochlion des Winkelhebels befindet sich seitlich neben dem Fuße. Wirkt nun das Körpergewicht beim Stehen, Gehen, Laufen usw. auf den unter dem Fuß befindlichen, horizontalen Hebelarm, so dreht sich der Winkelhebel im Hypomochlion und der senkrechte Hebelarm bewegt sich ungefähr in horizontaler Richtung und zwar mit einer Kraft, welche durch seitliche Verschiebung des Hypomochlions beliebig gesteigert werden kann.

Man kann die deformierende Kraft der Körperschwere abschwächen, man kann sie aufheben und endlich kann man sie durch geeignete Verlegung des Hypomochlions in eine korrigierende, in eine redressierende von entgegengesetzter Richtung überführen.

S. demonstrierte zum Schlusse Schuhe, die nach seinen Angaben hergestellt wurden und stellte drei Plattfußfälle vor:

1. Eine Pat., die an Plattfüßen leidet, welche unter einem Körpergewichte von 120 *kg* stehen und welche sich nach der beschriebenen Methode durch das funktionell wirkende Körpergewicht aufgerichtet, korrigiert haben und durch solche Schuhe in korrigierter Stellung erhalten werden.

2. Einen Pat., welcher früher trotz Einlagen und auch ohne solche, keinen Schritt ohne die heftigsten Schmerzen machen konnte. Der Pat. konnte schon nach einigen Tagen ohne Schmerzen gehen. Die vollständig eingesunkene Fußwölbung stellte sich nach zirka sechs Wochen wieder her und der Pat. macht heute dreistündige Partien, ist wie früher in seinem Berufe tätig. Schmerzen sind nicht wieder aufgetreten.

3. Ein Kind mit paralytischem Plattfuß. Korrektur nach derselben Methode. S. konnte auch durch Anwendung dieser Methode ein plötzliches, rasches Anwachsen der Wadenmuskulatur am gelähmten Beine konstatieren.

v. Eiselsberg begrüßt diese anscheinend wertvolle Verbesserung der Therapie und hofft, daß Versuche mit dem neuen Apparat günstige Resultate geben werden.

Max Haudek erinnert daran, daß sich die Idee an das von Baly angegebene Prinzip des schrägen Absatzes anschließt. Jedenfalls sollten die gezeigten Erfolge zur Erprobung des Apparates veranlassen.

Oskar v. Hovorka: macht auf sein vor drei Jahren in die Plattfußtherapie eingeführte sogenannte „Supinationsbrett“ aufmerksam, doch hat der Schuh von Semeleder den Vorzug, daß er den kranken Fuß bei jedem Schritte sozusagen ambulatorisch dazu zwingt, in korrigierter Stellung die Übung mitzumachen.

Guido Engelmann läßt öfters bei Plattfüßen die Pat. schiefe Absätze mit Gummikeilen tragen, gibt die gute Wirkung der funktionellen Belastung durch das Tragen der Semelederschen Schuhe zu, nur glaubt er, daß Dekubitus zu befürchten sei.

Max Haudek bemerkt noch, daß eine federnde Vorrichtung zur Behandlung schwerer Plattfüße auch von Wolfermann angegeben wurde und glaubt, daß Semeleder in der Kritik der bisher üblichen Methoden der Plattfußbehandlung zu weit gegangen sei. Auch mit den bisher geübten Methoden wurden ganz gute Resultate erzielt.



Friedrich Friedländer kann aus eigener Erfahrung bestätigen, daß die Konstruktionen Dr. Semeleders in Wirklichkeit das leisten, was sie rechnungsmäßig leisten sollen, da Semeleder an seiner Abteilung im Wilhelminenspitale Versuche angestellt hat. Die erzielten Resultate wirken direkt überzeugend.

Zum Schlußworte befaßte sich Semeleder hauptsächlich mit den Ausführungen Haudeks. Der schiefe Absatz des Beelyschen Schuhes adaptiere sich beim ersten Auftreten des Fußes der horizontalen Bodenebene und wirkt als Keilunterlage. Der Schuh paßt sich der Deformität an und nicht die Deformität dem Schuhe. Bezüglich der Wirkungsweise der Wolfermannschen Einlage dürfte sich H. geirrt haben; sie verfolgt nicht den Zweck, im Momente des Auftretens korrigierend zu wirken, sondern nachzugeben, um dann dem Fuße im unbelasteten Zustande, also nach dem Abheben des Fußes, durch ihre Federkraft eine gewisse bessere Form zu geben. i. m.

V. Aus der Praxis.

Plastische Röntgenphotographie. In der Herstellung von Röntgenbildern ist ein bedeutender Fortschritt zu verzeichnen. Die Möglichkeit, mit Hilfe der Röntgenstrahlen Photographien herzustellen, beruht darauf, daß die Strahlen die meisten Gegenstände, so auch den menschlichen Körper zwar durchdringen, an dichten Substanzen aber einen größeren Widerstand finden als an lockeren. So durchdringen sie die Haut leichter als die stärkeren und als Knochenverdickungen. Infolgedessen ist es möglich, Bilder herzustellen, auf denen Haut, Muskeln, Knochen, Knochenlücken und Knochennarben verschieden hell erscheinen und dadurch kenntlich werden. Es gehört aber ein geübtes Auge dazu, um feinere Veränderungen feststellen zu können, denn was den Bildern fehlt, ist die Plastik. Durch stereoskopische Bilder hat man eine solche bisher nur mangelhaft zu erzielen vermocht. Um so berechtigteres Aufsehen erregte es, als auf dem letzten Röntgenkongreß Dr. Alexander Kesmark wirklich plastische Bilder vorführte. Das Verfahren der Herstellung behielt Kesmark aber für sich. In der „Berl. klin. Wochenschr.“ druckt nun Dr. Immelmann einige Aufnahmen ab, darunter die einer Hand und eines Kniegelenkes, die wohl den Gipfel dessen darstellen, was an plastischer Wiedergabe möglich ist. Sie sind von Herrn Horn, dem Röntgentechniker der elektromedizinischen Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen nach einem ebenso sinnreichen wie einfachen Verfahren hergestellt. Von dem zu untersuchenden Körperteile wird in der üblichen Weise eine photographische Aufnahme gemacht. Nach dem erzielten Negativ wird zunächst ein Diapositiv hergestellt. Die beiden Platten werden sorgfältig aufeinandergelegt und dann um $^1/_4$—$1^1/_2$ *mm* gegeneinander verschoben. Dadurch entstehen auf der einen Seite Licht-, auf der anderen Schattenlinien, die die Plastik bewirken. Man

kann nach Belieben die Verschiebung nach rechts, links, oben oder unten vornehmen. Die Platten werden dann in der zweckmäßigsten Lage durch seitliche Verklebung fest miteinander verbunden, und von dieser Doppelplatte wird eine Kopierplatte angefertigt, von der dann in gewöhnlicher Weise Abzüge hergestellt werden können. (Phot. Ind. nach Ap. Z.)

VI. Notizen.

Pflegerinnenschule des Rudolfinerhauses. In der Pflegerinnenschule des Rudolfinerhauses werden am ersten eines jeden Monates Schülerinnen aufgenommen. Sie erhalten hier eine gründliche praktische und theoretische Ausbildung in der Krankenpflege und werden nach zweijährigem Dienste in der Pflegerinnenschule als Schwestern in den Verband der Rudolfinerinnen aufgenommen. Die Rudolfinerin hat nebst Wohnung, Beköstigung, Dienstkleidung, einen verhältnismäßig hohen Gehalt und Anwartschaft auf Pension, wenn sie im Dienste des Rudolfinerhauses arbeitsunfähig wird. Aufnahmsbedingungen sind zu erhalten in der Kanzlei des Rudolfinerhauses, Wien XIX., Billrothstraße 78. Die Aufnahme erfolgt nach persönlicher Vorstellung bei der Oberin des Rudolfinerhauses.

Ein Leuchturm des Wissens. Unaufhaltsam ergießen sich die Fluten der papiernen Aufklärung über den Büchermarkt, und unmöglich ist es für jeden, auch nur das, was seinem besonderen Wissensgebiete angehört, zu überschauen und das Hervorragendste kennen zu lernen. In dieser sinnverwirrenden Menge, in diesem Drängen und Stoßen von Büchern steht einem Leuchtturm gleich das Werk, das die ganze Weisheit des Tages in sich birgt, eine deutsche Erfindung, das Konversations-Lexikon. Soeben ist der „Kleine Brockhaus" erschienen, der neben dem 17bändigen großen Bruder mit seinen zwei Bänden eine bescheidene Rolle zu spielen scheint, der aber an Bedeutung für die große Masse des Volkes ihn übertrifft. Bei dem großen Lexikon soll es wiederholt vorgekommen sein, daß es als ein wertvolles Einrichtungsstück unausgepackt in der „guten Stube" prangt! Auch der „Kleine Brockhaus" ist ein Prunkstück, aber so wenig umfänglich, daß, wo ein Mensch Platz hat, auch der „Kleine Brockhaus" neben ihm bequem ein Unterkommen findet, auf dem Schreibtisch, auf dem Geschäftspult oder wo es sonst sei. Zur Lösung der schwierigen Aufgabe, auf jede vernünftige Frage sofort eine kurze, sichere Antwort zu geben, sind über 80.000 Stichwörter bereit, die durch 4500 Abbildungen und Karten unterstützt werden, wo es im Interesse der größeren Klarheit und besseren Übersicht des Textes nötig ist. Demselben Zweck dienen 168 Seiten Textbeilagen, auf denen ausführlichere Darstellungen Platz gefunden haben. Nicht vergessen darf werden, daß ein solches Werk nur von einer Firma herausgegeben werden konnte, die auch auf dem Gebiete buchgewerblicher Technik über die ersten Kräfte verfügt und die in der Lage ist, ein so umfassendes, ungemein reich ausgestattetes Werk zu dem so erstaunlich billigen Preise von 24 Mark für die zwei Bände dem Publikum zu liefern. Wir sind überzeugt, daß sich der neue „Kleine Brockhaus" bald in jeder deutschen Familie einbürgern und unentbehrlich machen wird. Wir können unseren Lesern nur dringend empfehlen, sich diesen Leuchtturm anzuschaffen und ihn da aufzustellen, wo er täglich und stündlich zur Hand ist. Jede Buchhandlung kann den „Kleinen Brockhaus" zur Ansicht vorlegen.

VII. Offene Stellen.

Niederösterreich. Gemeindearztesstelle für die Sanitätsgemeinde Mannswörth-Albern bei Wien mit dem Wohnsitze des Gemeindearztes in Mannswörth mit 1. April d. J. zu besetzen. Mit dieser Stelle ist der fixe Bezug von 680 K (600 K von der Gemeinde Mannswörth und 80 K von Albern) sowie die freie Wohnung (bestehend aus 2 Zimmern, 1 Kabinett und 1 Küche) verbunden. Bisher war die Stelle vom n.-ö. Landesausschusse mit 900 K jährlich subventioniert; der Landesausschuß ist jedoch nicht in der Lage, eine bestimmte Zusage in Hinsicht der Wiedergewährung der Subvention derzeit schon zu machen, und behält sich die engültige Fassung bis zum Einlangen des Besetzungsvorschlages vor. Bewerber um diesen Posten wollen ihre mit den im § 11 des Landesgesetzes vom 21. Dezember 1888 (L. G. Bl. Nr. 2 ex 1889) vorgeschriebenen Belegen (Heimatschein, ärztliches Diplom, von einem Amtsarzte ausgestelltes Gesundheitszeugnis und Sittenzeugnis) versehenen Gesuche bis spätestens 1. März d. J. an das Bürgermeisteramt Mannswörth einsenden, welch letzteres zur Erteilung von etwa gewünschten Auskünften bereit ist.

Tirol. Gemeindearztesstelle für die 1700 Einwohner zählende Gemeinde Schönna bei Meran. Wartgeld 800 K, außerdem erhält der Arzt eine Naturalwohnung und freien Holzbezug. Führung einer Hausapotheke notwendig. Ordination und Visiten werden nach getroffener Vereinbarung honoriert. Gesuche christlicher Bewerber sind bis pätestens 1. März d. J. an die Gemeindevorstehung Schönna zu richten.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor
Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

$^1/_1$ Fl. M. 2.20 **Dr. Kopp's** $^1/_2$ Fl. M. 1.30

Guayacol-Kalk-Syrup

zur Behandlung der **Tuberkulose.**

ist das billigste und sehr bewährte Mittel.

Haupt-Depôt Dr. A. KOPP in Straßburg im Elsaß.

Dr. med. Skormins

Natronzitronensaft ist ein neues, vorzüglich wirksames Mittel gegen Gicht, chron. Rheumatismus u. dgl. Krankheiten. — Orig.-Flaschen von $^1/_2$ Ltr. Inhalt zu **3 Mk.** in den Apotheken. — Muster und Broschüre kostenlos von den alleinigen Fabrikanten:

Dr. E. Fleischer & Co., chem. Fabrik, Rosslau (Anhalt).



Ungarisch-Kroatische See-Dampfschiffahrts-Aktien-Gesellschaft in Fiume.

Über Fiume

führt die kürzeste und wegen der Fahrt zwischen den Inseln entlang die vor Seekrankheit am besten geschützte Route nach

Dalmatien

Regelmäßig Fahrten **jeden Tag** mittels der den größten Komfort bietenden u. elektrisch beleuchteten Dampfer. Zur Logierung werden „Hotel Bristol" in Zara und „Hotel Imperial" in Ragusa bestens empfohlen.

Genaue Fahrordnung siehe in Waldheim's Kondukteur Nr 593—604.

Patentiert. **Namen gesetzlich geschützt.**

Histosan

(Guajakol-Albuminat)

An Stelle der bisherigen Guajakol-Präparate, von denen ein Teil schädliche Nebenwirkungen ausübt, während die guajakolsulfosauren Salze ihrer unsicheren Wirkung wegen die Therapie ungemein erschweren, empfehlen wir den Herren Ärzten angelegentlichst unser **Histosan.**

Nach Untersuchungen des Herrn Prof. Dr. Nevinny vom Pharmakologischen Institut der Universität Innsbruck, und nach solchen am Institut zur Erforschung der Infektionskrankheiten, Universität Bern, sowie nach mannigfachen Erfahrungen an Krankenhäusern und Sanatorien hat das Histosan eine ganz auffallend günstige Wirkung bei Tuberkulose und auch bei anderen infektiösen Erkrankungen der Atmungsorgane. Histosan übertrifft, wie jeder Arzt a priori zugeben wird, als Eiweissverbindung jedes bisher bekannte Guajakol-Präparat in rationeller Zusammensetzung und ein praktischer Versuch mit demselben wird in jedem Fall dartun, dass es allen bisher angewandten internen Mitteln bei den in Betracht kommenden Krankheiten an Wirksamkeit weit überlegen ist.

Einnehme-Formen für Erwachsene:

Rp. **Sirup. Histosani** lag. orig. I S. 3—4mal täglich 1 Kaffeelöffel

Rp. **Tablettae Histosani** scat. orig. S. 4—6 Tabletten täglich

Rp. **Histosan. pulv. 0.5** tal. dos. No. XX S. 3—4mal täglich 1 Pulver

PREISE:

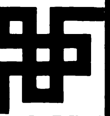
1 Original-Schachtel **Histosan-Milchschokolade-Tabletten** 40 Stück enthaltend Fr. 4.—, Mk. 3.20, Kr. 4.—.

1 Originalflasche **Histosan-Sirup** Fr. 4.—, Mk. 3.20, Kr. 4.—.

Ausführliche Literatur und Muster stehen den Herren Ärzten gerne kostenlos zur Verfügung.

Fabrik chemischer & diätetischer Produkte

Schaffhausen (Schweiz) Singen (Baden)



Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
o. ö. Universitätsprofessor **Dr. J. Nevinny** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 9. Wien, 2. März 1907. **Nr. 9.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Ist die Neurasthenie eine häufige Krankheit?

Von Dr. **Siegmund Kreuzfuchs.**

Wollte man zur Zeit ein Statistik über die Häufigkeit des Vorkommens der Neurasthenie anlegen, so würde man zu ganz falschen Resultaten kommen, da noch immer unter der Flagge der Neurasthenie alle möglichen nicht diagnostizierten Krankheiten segeln. Bedenkt man, daß fast kein Organ für sich allein erkrankt, ohne die anderen Organe in Mitleidenschaft zu ziehen und, daß fast keine Schädlichkeit den Körper trifft, die nicht gleichzeitig einen deletären Einfluß auf das so sehr in Anspruch genommene Nervensystem ausübt, so wird man es bgreiflich finden, warum man bei den verschiedensten Erkrankungen so überaus häufig nervösen Symptomen begegnet. Nur werden sehr oft Ursache und Folge miteinander verwechselt. Klagt beispielweise ein Patient, der Symptome darbietet, die gemeiniglich der Neurasthenie zugeschrieben werden, über Magenbeschwerden, dann vertröstet man den Kranken gewöhnlich damit, daß nur ein nervöses Magenleiden vorliege, das zurückgehen werde, wenn die Neurasthenie verschwindet, Ich will durchaus nicht leugnen, daß es eine nervöse Dyspepsie gibt, nur gibt es sicherlich Fälle, in denen der Symptomenkomplex der Neurasthenie eine Folgeerscheinung des vorliegenden Magenleidens ist. Legt der Arzt auf die Anamnese und den Nervenbefund zu großes Gewicht, dann bleiben ihm Enttäuschungen häufig nicht erspart.

Ich hatte oft Gelegenheit, Patienten zu beobachten, die anamnestisch das typische Bild der nervösen Dyspepsie darboten und bei denen die genaue Untersuchung des Mageninhaltes und der Fäzes ein Ulcus ventriculi, Achylia gastrica, Gastritis u. dgl. ergab.

Ähnlich wie mit dem Magen verhält es sich auch mit dem Darme; auch hier wird beispielsweise Obstipation als Folge der Neurasthenie betrachtet, während gerade umgekehrt die Obstipation sehr häufig nervöse Symptome auslöst, worauf in letzter Zeit Primarius Mager in Brünn mit vollstem Rechte hingewiesen hat. Wie oft eine sogenannte nervöse Obstipation sich als Rektumkarzinom entpuppt, ist jedem Arzte geläufig, der es sich zur Regel gemacht hat, in allen Fällen von Darmstörung auch den Mastdarm zu untersuchen. Nur eine genaue, gewissenhafte Untersuchung nach allen Richtungen hin kann vor so schwerwiegenden Verwechslungen schützen.

Es sollte fast unglaublich erscheinen, daß eine chronische Appendizitis mit Neurasthenie verwechselt wird und doch habe ich als Anstaltsarzt einen derartigen Fall selbst erlebt. Es wurde mir ein 11jähriger unterernährter Knabe zugeschickt, der angeblich schon seit längerer Zeit an „nervösen" Anfällen litt, Anfällen, die man auf Masturbation zurückführte. In der Anstalt erkrankte der Patient unter Symptomen, die auf eine chronische Appendizitis, chronische zirkumskripte Peritonitis und einen plötzlich in die Bauchhöhle durchgebrochenen Abszeß hinweisen. Ich mußte den Patienten, dessen Leben an einem Faden hing, unter erschwerenden Umständen nach Wien transportieren. Bei der Operation, die ich unverzüglich vornehmen ließ, zeigte es sich in der Tat, daß eine alte Appendizitis, eine alte Peritonitis, die zu zahlreichen Verwachsungen geführt hatte und ein alter, bereits verjauchter (!) Abszeß mit frischem Durchbruche in einen, zum Glück abgeschlossenen Teil der Bauchhöhle vorlagen und daß der Patient nur knapp einer Lebensgefahr entronnen war. Es waren also die angeblichen nervösen Anfälle sicherlich nichts anderes als Attacken von Blinddarm- und Bauchfellentzündung gewesen.

Derartige Fälle machen einen stutzig und veranlassen einen selbst dort nach einem organischen Leiden zu fahnden, wo wirklich nichts anderes als eine von Haus aus bestehende Neurasthenie vorliegt. Ist man aber einmal skeptisch geworden, dann macht man die merkwürdigsten Erfahrungen. Ich bekam kurze Zeit darauf eine Patientin, die längere Zeit in einem renommierten Sanatorium eines renommierten Arztes einer Großstadt lag und bei der die Diagnose „nervöse Atembeschwerden, nervöse Gehstörung" gestellt worden war. Ich untersuchte die Patientin auf das Genaueste, fand zunächst bei ihr Asthma bronchiale, wies die Patientin weiters einem Radiologen zu, der nun seinerseits aus dem Röntgenbefunde ein Drüsenpacket an der Teilungsstelle der Trachea und einen auf Tuberkulose verdächtigen Herd in einem Wirbelkörper diagnostizierte. Interessant ist, daß ich zu gleicher Zeit in der Anstalt einen Patienten mit Spondylitis hatte, dessen Leiden lange Zeit hindurch als ein funktionelles gedeutet worden war, bis ein zu Rate gezogener Chirurg den wahren Sachverhalt erkannte.

Nicht selten wird beginnende Lungentuberkulose mit Neurasthenie verwechselt. Da viele Patienten im ersten Stadium der Tuberkulose den Arzt lediglich wegen Appetitlosigkeit,



Magendrücken und anderen Symptomen aufsuchen und da die Magenuntersuchung oft ein negatives Resultat oder nur Steigerung oder Herabsetzung der Salzsäureproduktion ergibt, liegt die Gefahr der Verwechslung der Krankheit mit einem funktionellen Leiden nahe. Aber auch die genaueste einmalige Untersuchung der Lunge schützt vor diesem Irrtum nicht. Wenn man Lungenspitzenkatarrhe — und um solche handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle — wochen- und monatelang tagtäglich untersucht, dann ist man überrascht, wie sehr die Symptome wechseln; an manchen Tagen findet man das typische Bild der Apizitis, an manchen Tagen ist überhaupt nichts Krankhaftes nachzuweisen oder die Symptome sind so geringfügige, daß jemand, der den Kranken zum erstenmale sieht, die Diagnose eines Spitzenkatarrhs unmöglich stellen kann. Füge ich noch hinzu, daß es Patienten gibt, bei denen über der erkrankten Lungenspitze lange Zeit hindurch keine Dämpfung nachweisbar ist, bei denen ferner beiderseits die Lungengrenzen in gleicher Höhe sich befinden — Fälle, deren weiterer Verlauf an der Richtigkeit der Diagnose keinen Zweifel zuläßt, so ersieht man, wie schwierig es ist, nach einer einmaligen Untersuchung ein Urteil abzugeben. Weiters gibt es Fälle, bei denen selbst die wiederholte und genaueste Untersuchung eine Erkrankung der Lungenspitzen ausgeschlossen erscheinen läßt, bei denen sich aber an der Lungenbasis, namentlich links hinten unten, etwas einwärts von der hinteren Axillarlinie eine Infiltration nachweisen läßt.

Ich habe mich bei der Lungentuberkulose etwas länger aufgehalten, um zu zeigen, wie vorsichtig man mit der Diagnose „funktionelle Erkrankung“ sein muß, da man beginnende organische Krankheiten leicht übersehen kann, besonders wenn man sich mit einer einmaligen Untersuchung des Kranken begnügt. Was für die Lunge gilt, gilt auch mutatis mutandis für die übrigen Organe.

Merkwürdig ist, daß selbst anatomische Schädigungen des Nervensystems häufig übersehen werden. Es kommt vor, daß Tabiker, Paralytiker, Patienten mit multipler Sklerose, Syringomyelie und ähnliche Nervenkrankheiten auf Neurasthenie behandelt werden, was durchaus nicht gleichgültig ist, denn abgesehen davon, daß die Prognose quoad sanationem et vitam eine ganz differente ist, kann man durch eine irrationelle Behandlung den Kranken direkt schädigen und oft kann man — wie bei Tumoren des Gehirnes, des Schädels, der Wirbelsäule, der Meningen — den Zeitpunkt eines noch aussichtsvollen operativen Eingriffes versäumen. Man denke ferner an luetische Erkrankung des Zentralnervensystems, bei der die Aussicht auf restitutio ad integrum um so günstiger ist, je früher die Krankheit erkannt und entsprechend behandelt wird.

Die Verwechslung organischer Nervenkrankheiten mit der Neurasthenie ist um so leichter möglich, da sich die ersteren gewöhnlich mit den Symptomen der letzteren vergesellschaften.

Scheiden wir nun alle jene Kranken aus, bei denen sich als Ursache der sogenannten neurasthenischen Symptome früher oder später ein organisches Leiden nachweisen läßt, so bleibt noch immer eine ganze Reihe von Kranken ohne anatomische Läsion übrig, die wir schlechtweg nicht als Neurastheniker bezeichnen dürfen, trotzdem sie das eine oder das andere Symptom der Neurasthenie darbieten.

Man muß es Freud als großes Verdienst anrechnen, daß er die Angstneurose aus dem Symptomenkomplex der Neurasthenie ausgeschieden hat. Die Angstneurose ist eine Krankheit sui generis, die nach Elimination der Schädlichkeiten — sexuelle Abstinenz, coitus interruptus, Coitus der Frauen mit impotenten Männern usw. — ausheilt.

Fügen wir noch hinzu, daß ein unzweckmäßiges Sexualleben nicht immer Angstzustände, sondern oft auch andere nervöse Symptome erzeugt, so können wir die Schar der sogenannten Neurastheniker wesentlich reduzieren. Die sexuellen Verhältnisse spielen im Leben eine ungeheure Rolle und doch wird es leider noch unterlassen, sich stets nach ihnen zu erkundigen.

Ich habe einen Fall beobachtet, dem fast der Wert eines Experimentes zukommt. Eine meiner Anstaltspatientinnen erzählte mir, sie leide schon seit Jahren an Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen, Mattigkeit, Appetitlosigkeit und ähnlichen Symptomen. Sie war das zweite Mal verheiratet und ich konnte durch unauffällige Fragestellung aus ihr herausbekommen, daß diese Zustände sich erst nach ihrer zweiten Verheiratung eingestellt haben. Ich stellte daraufhin die Diagnose auf Impotenz ihres Mannes, ohne selbstredend vor der Patientin meine Vermutung laut werden zu lassen. Zufällig suchte mich bald darauf ihr Mann auf und bat mich um ein Mittel gegen Ejaculatio praematura. Der Mann blieb nur kurze Zeit in der Anstalt — während der ganzen Zeit ging es der Patientin miserabel. Eine erfolgreiche Behandlung der Patientin war selbstverständlich aussichtslos, immerhin ging es ihr nach einiger Zeit besser, da kam ihr Mann auf Besuch und — mit einem Schlage stellten sich die alten Beschwerden wieder ein. Das Spiel wiederholte sich einige Male. Die Patientin verließ die Anstalt ungebessert.

Fassen wir das bisher Gesagte zusammen, so ergibt sich, daß die verschiedensten Organerkrankungen mit neurasthenischen Symptomen einhergehen, ja, daß im Beginne dieser Krankheiten die nervösen Beschwerden ganz in den Vordergrund treten, so daß nur eine minutiöse Untersuchung den wahren Sachverhalt aufdecken kann. Es ergibt sich daraus, daß die Diagnose Neurasthenie um so seltener gestellt werden wird, je feiner sich unsere Untersuchungsmethoden gestalten werden. Eines läßt sich schon heute mit Sicherheit sagen, wenn einmal die Lehre von dem Schmerzphänomen bei inneren Krankheiten auf Grundlage der Headschen Theorie gründlich ausgebaut sein wird, dann werden diagnostische Irrtümer viel seltener vorkommen. Rudolf Schmidt hat in dieser Beziehung bereits ein verdienstvolles Werk geschrieben. Auch von Nervenärzten wird bereits den Headschen Zonen immer größere Bedeutung für die Diagnose innerer Krankheiten beigemessen.

Kehren wir zu unserer Betrachtung zurück, so ergab sich weiters, daß auch jene Krankheitserscheinungen, die auf Grundlage eines nicht normalen Sexuallebens entstehen, mit der Neurasthenie nichts zu tun haben.

Es bleiben also noch jene Kranken mit neurasthenischen Symptomen übrig, bei denen mit großer Wahrscheinlichkeit ein organisches Leiden ausgeschlossen werden kann; ich sage ausdrücklich „mit großer Wahrscheinlichkeit“, denn schließlich können sich ja auch die erfahrensten Diagnostiker das eine oder das anderemal irren. Da müssen wir aber zunächst den Begriff der Neurasthenie präzisieren. Ich möchte denjenigen Menschen — dessen Organe vollständig gesund sind(!) — als Neurastheniker bezeichnen, der selbst jenen minimalsten Anforderungen des Lebens nicht entspricht, denen ein vollständig Gesunder Genüge leistet, ohne daß bei ihm Unlustgefühle auftauchen. Freilich läßt sich über den Begriff „minimalste Anforderung des Lebens“ streiten. Ich will aber an einigen Beispielen das Gesagte erörtern.

Die Physiologen und die Ophthalmologen haben sich dahin geeinigt, als den Ausdruck normaler Sehschärfe, oder Sehschärfe 1·0, jenen kleinsten Winkel zu betrachten, unter welchem noch zwei Punkte von der Mehrzahl der Menschen wahrgenommen werden können. Wollte man in analoger Weise eine Norm für die Leistungsfähigkeit des Nervensystemes aufstellen, dann müßte man eine größere Anzahl von Menschen unter den gleichen Bedingungen eine gewisse, den betreffenden Menschen angepaßte Arbeit verrichten lassen und feststellen, nach welcher Zeit im Durchschnitte die ersten Ermüdungserscheinungen — die sich wieder durch Unlustgefühle kundgeben — auftreten. Man müßte ferner feststellen, welche Zeit diese Leute durchschnittlich zu ihrer Erholung bedürfen. Auf diese Weise könnte man streng wissenschaftlich für jeden Beruf und jedes Alter die



normale Leistungsfähigkeit des Nervensystems feststellen. Im praktischen Leben gestaltet sich aber diese Beurteilung viel leichter. Nehmen wir an, in einer Bank arbeiten unter gleichen Bedingungen so und so viele Beamte. Ein Teil dieser Beamten wird nun monate- und jahrelang dem Berufe nachgehen können, ohne im Befinden irgendwie alteriert zu sein, ein anderer Teil aber wird bald über Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit usw. klagen. Setzen diese Beamten nun eine Zeitlang mit ihrer Beschäftigung aus, dann wird es ihnen leidlich gut gehen, kehren sie aber zu ihrem Berufe zurück, dann beginnen wieder die alten Beschwerden. Wählen nun diese Leute einen ihnen mehr entsprechenden, weniger anstrengenden Beruf, dann wird es sich ergeben, daß vielleicht einige dem neuen Berufe gewachsen seien, die anderen werden vielleicht etwas länger als früher arbeiten können, sie werden aber doch über kurz oder lang aufs neue Beschwerden bekommen. Das sind eben jene unglücklichen Geschöpfe — von denen es zum Glücke nur wenige gibt — die von Arzt zu Arzt, von Anstalt zu Anstalt wandern, die höchstens Linderung, nicht aber Befreiung von ihrem Leiden finden. Das sind die Leute, die auch dort keinen Trost finden, wo ihn der Normale findet: In geistiger Zerstreuung und im Sporte.

Der essentielle Neurastheniker empfindet Reize, die beim Normalen noch unter der Schwelle des Bewußtseins stehen, schon als Schmerzen und darum ist sein Dasein ein so qualvolles für sich und die Umgebung. Eine gesteigerte Peristaltik, die uns noch lange nicht zum Bewußtsein kommt, empfindet der Neurastheniker schon, in seiner Phantasie vergrößert er den Reiz ins Endlose, endeckt bei sich alle möglichen Krankheiten, die in Wirklichkeit nicht vorhanden sind. Der Neurastheniker kommt bald mit einer angeblichen Appendizitis, bald mit einer Cholelithiasis, bald mit Lungentuberkulose, bald mit einem Herzfehler usw. zum Arzte.

Wir müssen uns in die Psychologie des Neurasthenikers hineinleben. Es ist nicht richtig, daß er sich Schmerzen einbildet: er hat sie tatsächlich. Wenn er eine Zeitlang sitzt, bekommt er wirklich Schmerzen im Kreuz, wenn er schreibt, bekommt er Schmerzen im Arme u. s. f., wenn er von Blinddarmentzündungen hört, bekommt er wirklich Schmerzen in der Ileozökalgegend; die Schmerzen stellen sich aber nur dann ein, wenn er seine Aufmerksamkeit auf das betreffende Organ konzentriert, dadurch wird er überempfindlich für Vorgänge in diesem Organ. Können wir ihn überzeugen, daß dieses Organ gesund ist, dann verschwinden die Schmerzen, weil für ihn das Organ kein weiteres Interesse hat und er infolgedessen seine Aufmerksamkeit davon ablenkt.

Symptome, wie sie der Neurastheniker aufweist, können unter Umständen auch bei völlig Gesunden vorkommen und zwar dann, wenn diese eine Zeitlang die **maximale** Leistungsfähigkeit des Nervensystems in Anspruch genommen haben. Das sind jene Leute, die wohl zu den Neurasthenikern gezählt werden, die aber der Diagnose zum Trotz vollkommen hergestellt werden, wenn sie sich nur die nötige Zeit und Ruhe gönnen.

Ferner können auch durch psychische Träume neurasthenische Beschwerden provoziert werden, aber auch diese Fälle heilen vollkommen aus, ganz besonders dann, wenn sich die Kranken in einem neuen Milieu, z. B. in einem Kurort, einer Heilanstalt usw. befinden und unter sachgemäßer ärztlicher Überwachung stehen.

Rekapitulieren wir, so sehen wir, daß von organisch Gesunden mit neurasthenischen Beschwerden nur ein kleiner Teil für die essentielle Neurasthenie in Beschlag genommen werden darf und zwar nur jene Leute, die an nervösen Beschwerden leiden, ohne daß ihr Nervensystem in abnormer Weise in Anspruch genommen wird und ohne daß ein psychisches Trauma auf sie eingewirkt hätte.

Es wird manchem als ein müßiger Streit um Worte erscheinen, wenn ich einen Unterschied mache zwischen essentieller und passagerer Neurasthenie, wenn man aber bedenkt, 1. daß die Prognose quoad sanationem in beiden Fällen eine verschiedene ist, 2. daß es in forensischer Beziehung — Versicherung, Eheschließung, Einwirkung eines Traumas usw. — nicht gleichgültig ist, ob das Nervensystem eines Menschen von Haus aus minderwertig war oder nur vorübergehend gelitten hat, dann wird man die Berechtigung einer strengen Trennung beider Formen anerkennen.

Die Tuberkulose in Stuttgart 1873—1902.

Ergebnisse der Untersuchungen einer vom Stuttgarter ärztlichen Vereine eingesetzten Kommission.

Bearbeitet von Dr. **Wilhelm Weinberg** in Stuttgart.

(Fortsetzung.)

IV.

Einfluß der sozialen Stellung.

Auf Grund der Berufszählung von 1895 war es möglich, den Einfluß der sozialen Stellung beim Manne zu untersuchen.

Elben hat bereits den Einfluß der Berufe und der sozialen Stellung für ganz Württemberg untersucht. Seine Methode bestand darin, daß er auf Grund der für 1899 bis 1901 berechneten Sterbeziffern nach Altersklassen an allen Ursachen und Lungentuberkulose im besonderen, und des bekannten Altersaufbaues der einzelnen Berufe und sozialen Stellungen berechnete, wie sich erwartungsmäßig das Verhältnis der Todesfälle an Lungenschwindsucht zur Gesamtzahl der Todesfälle zu stellen hatte, mit der so gewonnenen erwartungsmäßigen wurde dann die tatsächliche Verhältniszahl verglichen.

Diese Untersuchung ergab für eine Reihe von Berufen ähnliche Ordnungsziffern wie die Untersuchungen von Ogle[7]) auf Grund der englischen Statistik, die auf dem direkten Vergleich von Lebenden und Toten fußt. Bereits Prinzing hat in dieser Zeitschrift 1904[8]) seine Bedenken gegen die von Elben angewandte Methode geäußert. Auch Elben selbst hat einzelne seiner Ergebnisse als unsicher betrachten müssen; so fand er z. B. für die selbständigen Mitglieder der Gruppe Beherbergung und Erquickung eine Sterblichkeit = 100% der Erwartung, während tatsächlich die Sterblichkeit der Wirte an Tuberkulose sehr hoch ist, nach meinen Berechnungen für Stuttgart etwa das Doppelte der Erwartung betrug. Auch daß in einzelnen Berufen nach der Untersuchung von Elben die Selbständigen schlimmer daran sein sollen als die Arbeitskräfte, ist auffallend.

Bezüglich des Einflusses der sozialen Stellung fand Elben: a) für die Selbständigen, c) für die Arbeiter ein Verhältnis der Erfahrung zur Erwartung:

		%		%
bei der Landwirtschaft .	a =	89·0	c =	69·0
„ der Industrie . . .	a =	86·0	c =	119·9
„ Handel und Verkehr	a =	110·6	c =	80·5

Die Selbständigen wären also bei zwei großen Gruppen ungünstiger gestellt in bezug auf die Gefahr der Lungentuberkulose als die niederste soziale Schicht. Die Auszählung der Gestorbenen konnte von Elben nicht nach denselben Grundfragen durchgeführt werden, wie die der Lebenden. Man braucht nur die relative Vertretung der Gruppe D, häusliche Dienste und Lohnarbeit wechselnder Art, bei Toten und Lebenden zu vergleichen. Diese betrug unter den lebenden Männern über 14 Jahren 0·4%, unter den überhaupt gestorbenen Männern aber 3·4%, unter den an Tuberkulose gestorbenen sogar 5·7%. Es müßte also ceteris paribus eine

[7]) Ogle, Supplement to the 45th report of the registrar general of England for marriages death and diseases. Siehe auch das Supplement zu Bd. 55, das viel neues bringt.

[8]) Prinzing, Referat über Elben, Die Tuberkulose in Württemberg. S. 372.



den Durchschnitt von der das 8 bezw. 14 fache übersteigenden Sterblichkeit überhaupt angenommen werden. In Wirklichkeit dürfte aber der Unterschied daher kommen, daß es nicht möglich war, alle gestorbenen Dienstboten und Taglöhner bei der richtigen Berufsgruppe unterzubringen. Infolgedessen erscheinen die tatsächlichen Todesfälle in der Klasse c zu gering.

Wesentlich dürfte aber der Fehler in der angewandten Methode liegen, die nicht auf dem direkten Vergleich von Lebenden und Toten fußt.

Wir wissen, daß Elben zu dieser Methode dadurch gekommen ist, daß er Bedenken trug, die Todesfälle von 1899—1903 mit den Lebenden des Jahres 1895 zu vergleichen, weil inzwischen nicht unwesentliche Verschiebungen in der Besetzung der einzelnen Berufe eingetreten sind. Einer allgemeinen Orientierung über den Einfluß der sozialen Stellung hätte allerdings dieses Bedenken nicht ernstlich im Wege gestanden.

Jedenfalls aber ist es erlaubt, die Stuttgarter Todesfälle von 1893—1902 mit den Lebenden des Jahres 1895 zu vergleichen.

Allerdings konnte man es bei der Einteilung der Berufszählung nicht bewenden lassen; um wenigstens eine einigermaßen schärfere Sonderung nach sozialen Gruppen herbeizuführen, habe ich aus der Gruppe A, Selbständige, die Leichenträger, Hausierer und Dienstmänner entfernt, hingegen aus B die Ingenieure und Chemiker der Klasse A hinzugefügt.

In Klasse B habe ich nur das höhere technische Personal und die mittleren Beamten gelassen und außerdem aus C die im Geschäft der Väter arbeitenden Angehörigen kaufmännischer Berufe und die Handlungsgehilfen zugezählt. Von den Personen ohne Berufe wurden die von Renten und Pensionen Lebenden zu A, die übrigen zu C gezählt. Ich erhielt so drei neue soziale Klassen A, B und C. Die aktiven Soldaten und Unteroffiziere sind außerdem in eine besondere Klasse M eingereiht. Leider war es nicht möglich, die Handwerker und Gewerbetreibenden von den großen Unternehmern zu trennen, beide verblieben bei A.

Die sich hieraus ergebende Verteilung nach dem Alter bei den Männern ist in Tabelle H dargestellt.

Die lebenden Männer 1895 nach sozialer Stellung und Alter:

Tabelle H.

Alter in vollendeten Jahren	Kl. A	Kl. B	Kl. C	Kl. M (Militär)	Haushaltungsangehörige
20—29	1663	2833	9388	4360	326
30—39	3240	2084	4834	117	62
40—49	3300	1086	3326	28	29
50—59	2782	546	2136	12	18
60—69	1497	151	753	2	15
70—99	879	27	129	—	16

Bezüglich der wenigen Männer, welche als Haushaltungsangehörige gezählt sind, wurde angenommen, daß sie sich in jeder Altersklasse auf die vier verschiedenen Klassen nach der relativen Stärke verteilt hätten. Dabei wurden jedoch die Haushaltungsangehörigen der Soldaten und Unteroffiziere zu C gezählt.

Auf Grund dieser Annahme wurden nach der relativen Stärke der vier Klassen die erwartungsmäßige Todesfälle der Männer an Tuberkulose überhaupt berechnet und mit den tatsächlich eingetroffenen verglichen. Dieser Vergleich ist in Tabelle J dargestellt.

Tabelle J. Die eingetroffenen und erwartungsmäßigen Todesfälle der Männer an Tuberkulose in Stuttgart 1893—1902 nach Alter und sozialer Stellung.

Alter in vollendeten Jahren	Klasse A		Klasse B		Klasse C		Klasse D Aktive Soldaten und Unteroffiziere ohne Familienangehörige	
	Erwartung	Erfahrung	Erwartung	Erfahrung	Erwartung	Erfahrung	Erwartung	Erfahrung
20—29	43·08	52	73·70	90	244·41	324	113·80	9
30—39	131·79	106	90·50	55	209·63	274	5·07	2
40—49	164·54	98	54·17	36	165·89	252	1·39	—
50—59	136·65	83	26·82	10	104·94	176	0·59	—
60—69	68·52	33	6·92	9	34·46	68	0·10	—
70—79	25·83	6	0·89	1	4·27	24	—	—
	570·41	378	253·00	201	763·60	1118	120·95	11

Demnach ist die tatsächliche Sterblichkeit in Prozenten der Erwartung:

Tabelle K.

Alter in vollendeten Jahren	Für Klasse A	Für Klasse B	Für Klasse C	Niederer beim Militär
	%	%	%	%
20—29	121	122	135	8
30—39	80	61	131	38
40—49	60	67	152	—
50—59	61	38	158	—
20—59	71	78	152	—
60—99	42	124	596	—
Für alle Alter	66	79	155	—

Man sieht zunächst die sehr geringe Sterblichkeit des aktiven Militärs; diese entspricht durchaus den Berichten über die Erkrankungen des Militärs (Cornet[9]), ist aber in der Hauptsache dadurch bedingt, daß Tuberkulöse zeitig entlassen werden und so zwar dem Pensionsfonds, nicht aber der Statistik zur Last fallen. Infolge dieser geringen Sterblichkeit der aktiven Soldaten und Unteroffiziere erscheint im Alter von 20—29 Jahren bei allen drei sozialen Klassen eine Übersterblichkeit, die aber doch in der niedersten, C, etwas höher ist. Weiterhin sieht man den Abstand zwischen den zwei ersten Klassen und der dritten sich mit dem Alter immer stärker vermehren. Die zweite Klasse zeigt teilweise noch geringere Zahlen als die selbständigen Personen; dies hängt teilweise mit dem Zufall bezw. der geringen Besetzung der Klasse B zusammen, teilweise auch mit der großen Sterblichkeit einiger selbständiger Berufe, wie der Schneider und Wirte.

Leider war es nicht möglich, auch bei den Frauen den Einfluß der sozialen Stellung in gleicher Weise zu untersuchen. Hiefür waren die Auszählungen bei der letzten Berufszählung nicht eingehend genug. Hoffen wir, daß die nächste Berufszählung das Material für eine solche Untersuchung liefert.

Eine ähnliche Untersuchung über den Einfluß der sozialen Stellung findet man bei Sörensen[10]). Dieser fand für 1865—1874 auf je 10.000 Lebende Todesfälle an Tuberkulose:

[9]) Cornet, Die Tuberkulose. 1899.

[10]) Sörensen, De ökonomiske Forholds og Beskjaeftigelsens Indflydelse paa Dödelgheden. Kjöbenhavn 1884—1885.



Tabelle L.

Alter in vollendeten Jahren	In Kopenhagen				In den Provinzialstädten			
	In den gutsituierten Gruppen		In den schlecht-situierten Gruppen		In den gutsituierten Gruppen		In den schlecht-situierten Gruppen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
20—24	34	26	43	19	21	34	33	37
25—34	33	27	45	26	32	35	31	30
35—44	31	24	60	40	33	27	36	23
45—54	34	22	88	44	28	24	48	29
55—64	44	22	133	45	28	21	53	33
65—69	29	13	106	45	31	19	60	20

(Schluß folgt.)

II. Referate.

Beobachtungen über die Wirkung des Moserschen Scharlachserums. (Aus der Korsakowschen Kinderklinik in Moskau.) Von Dr. Molczanow.

Das Mosersche Serum führt in einer Reihe von Fällen zu Erniedrigung der Temperatur und übt sehr oft einen günstigen Einfluß auf das Allgemeinbefinden aus, doch werden Krankheitsverlauf und Krankheitsdauer durch das Serum nicht beeinflußt. Die Wirkung des Serums ist lediglich eine antitoxische. Die Injektion muß innerhalb der ersten vier Krankheitstage vorgenommen werden. (Russkij Wracz, Heft 50—51. 1906.)

*

Einige Beobachtungen über die Behandlung der Epilepsie mit Strontiumbromid. Von J. M. Bennion.

B. hat 21 Epileptiker mit Strontiumbromid (dreimal 2·0 *g* täglich) behandelt und kommt zu dem Schlusse, daß besagtes Salz den übrigen Bromsalzen an Wirksamkeit überlegen ist. Depressionszustände treten seltener auf, Akne wurde nie beobachtet. Die Resultate sind bei weiblichen Kranken günstiger als bei männlichen. (The Lancet, 5. Jänner 1907.) K.

*

Eine seltene Augenkomplikation bei Diabetes. Von Genuari Giovanni.

G. berichtet über Abduzenslähmung bei einem Diabetiker, die nach Durchführung einer strengen Diät vollständig schwand. Eine andere Ätiologie als der Diabetes konnte mit Sicherheit ausgeschlossen werden. (Gazzetta degli ospidali e delle cliniche. Milano, 10. Jänner 1907.) K.

*

Modifikation des Bier-Klappschen Saugapparates zur Blutgewinnung für sero-diagnostische Zwecke. Von Dr. Felix Eichler, Assistenzarzt.

Das Idealverfahren zur Erlangung größerer Blutmengen für serodiagnostische Zwecke ist unbedingt die unter aseptischen Kautelen vorgenommene Venaepunktion mittels der Luerschen Spritze. Da aber dieser Eingriff in den Augen vieler Ärzte für nicht ganz unbedenklich gehalten wird, da er ferner in manchen Fällen technische Schwierigkeiten bietet und manchmal auch seitens der Pat. abgelehnt wird, so ist man öfters gezwungen, seine Zuflucht zum Schröpfkopf zu nehmen. Die Verwendung eines solchen, bei dem die Luftverdünnung durch Erhitzen über einer Spiritusflamme erreicht wird, ist, ganz abgesehen von anderen Gründen schon deshalb etwas unpraktisch, weil das Blut nach Abnehmen des Schröpfkopfes entsprechend der glockenförmigen Gestalt desselben eine verhältnismäßig große Oberfläche hat und dadurch eine zwar breite, aber nur sehr niedrige Serumschicht absetzt. Diese läßt sich ziemlich schwer klar abpipettieren, wenn man nicht vorzieht, das aspirierte Blut in ein enges Reagenzglas umzugießen und dort das Serum sich abscheiden zu lassen.

E. hat nun zur Gewinnung größerer Serummengen den von Bier-Klapp zur Behandlung von Furunkeln usw. angegebenen Saugapparat in der Weise für meine Zwecke modifiziert, daß er das Glasgefäß nach unten hin konisch verlängern und daran ein abnehmbares Glasröhrchen mit geringem Querdurchmesser anschleifen ließ.

Es ist selbstverständlich, daß der Apparat nur nach gründlicher Desinfizierung der in Betracht kommenden Hautstelle und wenn erforderlich nach vorgängiger Sterilisierung gebraucht wird.

Der Vorteil des Apparates besteht hauptsächlich darin, daß das durch den Gummiballon aus der skarifizierten Stelle angesaugte Blut direkt in das Glasröhrchen abfließt. Nach Abnahme des Apparates entfernt man das Röhrchen vom Saugglase, stellt es beiseite und kann dann nach einiger Zeit das in hoher Schicht abgeschiedene Serum leicht abpipettieren. Das Gläschen ist dickwandig und kann, wenn nötig, zentrifugiert werden. (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 51.)

*

Herniologisches. Von Stabsarzt Dr. Lessing, Hamburg.

Berücksichtigt man, daß es sich nur um Männer und fast ausschließlich um die prognostisch günstigeren Leistenbrüche handelt, so wird die Durchschnittsmortalität aller Hernien mit 3% nicht zu hoch veranschlagt sein. Demgegenüber ist die Mortalität nach Radikaloperationen im letzten Jahrzehnt immer mehr herabgedrückt worden. Die Kochersche Klinik selbst hatte beim Material der Jahre 1895—1900 nach der älteren Verlagerung 95·5%, nach der neueren Invagination 97·7% Dauerheilungen.

Diese Ergebnisse berechtigen dazu, daß die Indikation zur Radikaloperation immer mehr erweitert ist; nach Mitteilung des Herrn Professors Hildebrand verlangen daher schweizerische staatliche Behörden von einer Reihe ihrer anzustellenden Arbeiter vorherige Operation eventuell Brüche, und die französische und rumänische Heeresleitung stellen Mannschaften mit Brüchen ohne Versorgungsanspruch ein, ihnen die Radikaloperation während der Dienstzeit anheimgebend. Schwerere Lungen-, Herz- und Nierenaffektionen bilden auch heute noch eine Kontraindikation; auch bei älteren, muskelschwachen oder sehr fetten Individuen ist eine gewisse Zurückhaltung geboten. Für eine durchaus brauchbare Ergänzung der operativen Therapie wird seitens einer nur kleineren Anzahl Autoren die durch Schwalbe eingeführte, meist ambulant durchzuführende Alkoholinjektion in die Umgebung der Bruchpforte gehalten: Steffen fand z. B. bei 901 Kranken mit 1182 Brüchen gute Anfangsresultate in 15%, von denen noch 12·5% rezidivierten. Die Dauerresultate können jedenfalls nicht mit denen der operativen Therapie konkurrieren, nur wo diese kontraindiziert ist, käme das Alkoholverfahren oder wohl mit mehr Aussicht ein Versuch mit einer subkutanen Hartparaffinprothese nach Eckstein in Frage, durch die wenigstens Verkleinerung der Bruchpforte und Reponibilität des Bruches erzielt werden könnte. Eine kurze Erörterung verdienen noch die Hernien des Kindesalters. Wir möchten davor warnen, bei Säuglingen und Kindern in den ersten Lebensjahren zur Radikaloperation zu schreiten, trotz der neuerdings wieder radikaleren Richtung. Die Mortalität ist doch auch bei Autoren, die überzeugte Anhänger der Frühoperation sind und Serumdesinfektionen der Wunde durch Urin vermeiden zu können glauben, eine verhältnismäßig hohe



(1·4%), bei Säuglingen noch höher; andererseits ist die alte Erfahrungstatsache, daß kleinere Hernien sehr oft ausheilen, bei Operationen in späteren Jahren durch den Befund partieller Obliterationen des Bruchsackes, Hydrokelen des Samenstranges u. s. w. bestätigt. Zu bekämpfen sind die bei Kindern so häufigen Verdauungsstörungen mit starker Gasbildung, Phimosen sind zu beseitigen; an Stelle der bei nicht korrektem Sitz zur Verödung des Hodengewebes führenden Bruchbänder empfehlen sich einfachere, den Wiederaustritt der Hernie verhütende Vorrichtungen, wie der elastische Druck eines Wollgarnbündels, das in Schlingenform um den Leib befestigt wird. Die Radikaloperation von Leistenhernien ist im vierten bis fünften Lebensjahre am Platze, und zwar möchten wir der einfachen Abbindung des Bruchsackes, Verengerung des Kanales ohne Spaltung der vorderen Kanalwand das Wort reden; in demselben Alter sind auch noch bestehende Nabelbrüche operativ zu beseitigen.

Die von Jahr zu Jahr sich mehrende Anzahl der zur Radikaloperation den Krankenhäusern überwiesenen Bruchkranken beweist, daß die angeführten Grundsätze auch seitens der praktischen Ärzte angenommen sind. Anders ist es bei der Behandlung der irreponiblen und eingeklemmten Brüche; hier gehen und werden auch in Zukunft die Wege der Klinik und des unter ungünstigeren äußeren Umständen arbeitenden, nicht chirurgisch-spezialistisch geschulten Arztes auseinandergehen. Wenn nicht besondere Kontraindikationen gegen eine Operation bestehen, werden heute wohl in keinem größeren Krankenhause Taxisversuche ausgeführt, einmal weil dies bei einem großen Teil der Fälle bereits erfolglos versucht ist (in zirka 70% beim Material des Urban und der Charité), dann weil sich die Überzeugung Geltung verschafft hat, daß den Interessen der Pat. durch eine eventuell noch mögliche Radikaloperation besser gedient ist als durch eine unblutige Beseitigung der Irreponibilität, die, wie obige Zahlen zeigen, doch sich häufig wiederholen wird. Wir gehen aber nicht soweit wie manche Kliniker, die jeden kunstgerecht ausgeführten Repositionsversuch unter allen Umständen für einen Kunstfehler halten. Wir verwerfen allerdings auch jeden forcierten, mit stärkerer Gewalt und womöglich öfters wiederholten Versuch, die Taxis im ursprünglichen Sinne des Wortes, und gestatten nur einen leichten, nur Minuten wirkenden Druck auf die Bruchgeschwulst, der den Darm erst zu entleeren, dann die dem Bruchring nächsten Anteile des Bruchinhaltes zurückzudrängen sucht, in der Art also, wie wir auch einen freien größeren Bruch zu reponieren pflegen, ohne mit unserem Vorgehen lebhaftere Schmerzen und Abwehrbewegungen des Pat. zu verursachen. Dieser Versuch wird am vorteilhaftesten nach vorheriger Morphiumeinspritzung im heißen Bade oder in Beckenhochlagerung mit flektierten Oberschenkeln nach ½stündiger Einwirkung einer Eisblase ausgeführt. Narkose, die uns über das Maß des zur Reposition ausgeübten Druckes täuscht, hat zu unterbleiben. Bei dieser vorsichtigen Technik ist ein Versuch gestattet, wenn die Bruchpforte weit ist, der Bruchinhalt sich breiig anfühlt, wenn die Irreponibilität erst wenige Stunden besteht, wenn Puls und Allgemeinbefinden noch gut, im speziellen keine peritonitischen Erscheinungen nachweisbar sind. Dagegen ist von jedem Versuch einer unblutigen Reposition von vornherein Abstand zu nehmen bei den vielbuchtigen Nabelbrüchen, bei den kleinen Hernien mit enger Bruchpforte, die entweder sehr früh mit stärkeren Inkarzerationserscheinungen einsetzen (Incarc. elastica) oder Darmwandbrüche darstellen, die trotz weniger ausgesprochenen lokalen und allgemeinen Krankheitssymptomen nach alten Statistiken in zirka 33% zu Gangrän der Wand führen. Wer die Grenzen der unblutigen Reposition weiter steckt, dem werden böse Erfahrungen nicht erspart bleiben in Gestalt der Peritonitis nach Reposition schon gangränösen, durch die Reposition noch mehr lädierten Darmes, der Reposition en bloc, Sprengungen des Bruchsackes usw., Schädigungen, wie sie jedes Jahr in der Literatur als Warnungen für die „drucklustigen Ärzte Dieffenbachs — anscheinend immer wieder vergebens — veröffentlicht werden. Jedenfalls sind die Gefahren einer forcierten Taxis viel erheblicher als die einer einfachen Herniotomie. Unserer Ansicht nach wird die Technik dieses Eingriffes eine verschiedene sein und auch bleiben müssen, je nach den äußeren Umständen und der chirurgischen Schulung des Operateurs. Der nur selten operierende praktische Arzt genügt vollständig seiner Pflicht, wenn er den alten klassischen Bruchschnitt Dieffenbachs ausführt mit der Modifikation, daß der Bruchring nicht mehr von innen nach außen mit dem Herniotom durchtrennt wird, sondern schichtweise, eventuell auf untergeschobener Hohlhand von außen nach der Tiefe vorgedrungen wird, wobei jede Blutung leicht beherrscht werden kann; die Furcht vor diesen Blutungen des Epigastrium und ihrer Anomalien, die nach Dieffenbach in einem Jahre mehr Menschen das Leben gekostet hat als eine Batterie während einer Schlacht hinopfert, ist bei diesem Vorgehen gegenstandlos geworden.

Wir möchten ferner dem Nichtspezialisten anraten, nicht auf die Allgemeinnarkose zu verzichten; die Differenzierung der einzelnen Gewebsschichten ist bei der Schleichschen Infiltrationsanästhesie sicher schwieriger, die Operationsdauer wird verlängert und die Gefahr der Pneumonie ist bei beiden Methoden ziemlich gleich groß; die Rückenmarksanästhesie muß vorläufig noch den Krankenhäusern vorbehalten werden. Ist der Bruchsack eröffnet, das Bruchwasser möglichst vollständig ausgetupft, wird mit sterilem Tupfer der Darm vom Assistenten gefaßt, ehe der Bruchsackhals gespalten wird, um ein vor Revision der eingeschnürten Schlinge unerwünschtes Zurückschlüpfen in die Bauchhöhle zu verhindern, eventuell eine gerade die Schnürfurchen betreffende Druckgangrän erst beim Vorziehen Darminhalt austreten läßt. Es tritt nun die schwierigste Frage an den Operateur heran: Ist der Darm repositionsfähig, ist eine vollständige Erholung zu erwarten oder nicht? Die genaueste Untersuchung hat sich nicht nur auf die eingeklemmte Schlinge zu erstrecken, sondern in gleicher Weise auf den hervorgezogenen zu- und abführenden Darmschenkel, die auf den als infiziert geltenden, daher mit sterilem Verbandmaterial abgedeckten Bruchsack zu legen sind. Wir achten auf Farbe, Glanz, Dicke und Konsistenz der Darmwand, verschiedenes Volumen der einzelnen Darmabschnitte, Epithelverlust oder gräuliche Verfärbung der Serosa, besonders an den Schnürfurchen, subseröse Blutungen, Mesenterialgefäße, und schließen namentlich aus der Raschheit, mit der nach Lösung der Einklemmung die bekannten pathologischen Veränderungen sich ganz oder teilweise zurückbilden, auf die Lebensenergie des Darmes. Die Entscheidung dieser Frage ist nicht immer mit absoluter Sicherheit möglich, da das einzige sichere Zeichen, eine über die ganze Darmstrecke hinwegziehende, alle Differenzen ausgleichende Kontraktionswelle, auch nach Anwendung des vor einigen Jahren empfohlenen Prüfungsmodus: Aufträufelung von 40—50gräd. steriler Kochsalzlösung, oft genug im Stich läßt. Auch die Prüfung der Reaktionsfähigkeit der Darmmuskulatur durch faradische Ströme nach Buchbinder ist nicht von großem Wert, da durch des Autors eigene Versuche die Kontraktionswelle erst nach einer Viertelstunde oder länger sich einstellt, ein nicht zu unterschätzender Zeitverlust.

Nach allen Statistiken wird in zirka 65% der Einklemmungen eine Reposition des Darmes in die Bauchhöhle als gefahrlos erscheinen. Es bleibt dann eine zweite Gruppe übrig, bei denen Zweifel über die Lebensfähigkeit des Darmes bestehen bleiben, auch für den über eine größere Erfahrung verfügenden Operateur; nach dem Material der chirurgischen Klinik der Charité 1896 bis 1903 sind es 14%. Besonders zwei Stellen geben zu Bedenken öfters Veranlassung: Die Kuppe einer meist kleinen inkarzerierten Schlinge und Schnürfurchen. Bei ersterer handelt es sich um den von den Mesenterialgefäßen am weitesten entfernten und daher am mangelhaftesten ernährten Ort der Darmwand, bei dem zweiten kommt als wesentlichstes Moment der Druck des Bruchsackringes in Betracht, der die Gewebsschädigung erklärt. Für den Nichtspezialisten gibt es für diese zweifelhaften Fälle nur ein Verfahren: Die Vorlagerung der verdächtigen Schlinge vor



die Bruchpforte, ihre Bedeckung mit feuchten, gegen Verdunsten geschützten Kompressen. Zur Entscheidung, ob nach 12—24 Stunden eine Erholung eingetreten ist, ist heute jederzeit zur Verfügung stehender spezialistischer Rat einzuholen; im Notfalle beim Fehlen jeder Darmperistaltik der zuführende Darmschenkel bis zu einer nicht mehr besorgniserregenden Stelle vorzuziehen und nach sorgfältigster Abtamponade mit Jodoformgazetamponade der Anus praeternaturalis anzulegen, um den gestauten toxischen Darminhalt durch Einläufe leicht und vollständig ableiten zu können. Die Verfahren der Fachchirurgen bei diesen gangränverdächtigen Fällen sind noch verschiedene: Für die leichtesten Fälle kommt zuerst die Reposition der Darmschlinge mit Tamponade in Frage, entweder in Form der Abgrenzung der Schlinge gegen die übrige freie Bauchhöhle oder ihre direkte Einhüllung; vor der leicht die Zirkulation behindernden Vorlagerung hat das Verfahren den Vorteil, daß es den Darm wieder in für seine Erholung günstigere Bedingungen bringt. Wenn nur $^1/_3$—$^1/_2$ des Umfanges nur einer Schnürfurche gangränverdächtig erscheint, werden sich bei zweifellos funktionstüchtigem zuführenden Darmschenkel nur wenige Chirurgen zu einer Kontinuitätsresektion entschließen können, sondern ihr die Übernähung in querer Richtung vorziehen. Bei weiterer Ausdehnung dieses Verfahrens auf zweifellos gangränöse Schnürringe, bei Kuppengangrän, bei der erfahrungsgemäß die Schleimhautschädigung weiter vorgeschritten ist als die der Serosa, sind auch bei gutem unmittelbaren Verlauf später Stenosen zu fürchten. Die Primärresektion bietet hier und bei allen weiteren Stadien der manifesten Gangrän nach Ansicht der meisten Autoren die weit besseren Chancen auf Heilung als die Anlegung eines Anus praeternaturalis, dessen Beseitigung wieder Opfer fordert.

Wenn Netz Bruchinhalt ist, wird es bei entzündlichen Veränderungen in einzelnen Portionen abgebunden; zur Vermeidung seiner Verwachsung verdient das Witzelsche Verfahren Nachahmung, die Versenkung seiner Wundfläche in eine kleine, durch Umkrempelung des freien Randes zu bildende und durch Naht zu schließende Netztasche. — Ob ein Radikalverschluß der Bruchpforte die Operation bei Leisten- und Schenkelbrüchen zu beschließen hat, muß spezialistischem Urteil überlassen werden; der praktische Arzt wird besser tun, die Wunde locker zu tamponieren und zur Vermeidung eines Vorfalles der Därme oberflächlich mit einigen Nähten zu verkleinern. Die Behandlung eines eingeklemmten Nabelbruches muß wegen der größeren technischen Schwierigkeiten dem Fachchirurgen überlassen bleiben. (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 51.)

III. Literatur.

Das Rhinosklerom. Von Toeplitz und Kreuder, New-York. — **Der erste Skleromfall in Schleswig-Holstein.** Von Heermann in Kiel. Sammlung zwangsloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten. Von Bresgen. Halle a. S. 1907. Verlag Carl Marhold.

Toeplitz und Kreuder berichten über zwei aus Galizien nach New-York eingewanderte Fälle von Rhinosklerom und besprechen die bekannte Pathologie dieser Erkrankung. In der statistischen Aufzählung der Skleromherde vergessen sie an eine wichtige Exportquelle, d. i. Ungarn. — Heermann in Kiel ergänzt durch seine Mitteilung des ersten Skleromfalles in Schleswig-Holstein die Skleromkarte und knüpft an diese Betrachtungen über die soziale Bedeutung der Verschleppung dieser Krankheit. Der Wiener Schule und insbesondere H. v. Schrötter gebührt das Verdienst, allen Regierungen diesbezüglich Vorschläge gemacht zu haben, was der Verfasser auch anerkennt. Landesberg.

Die Geisteskrankheiten des Kindesalters mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters. Von Prof. Dr. Th. Ziehen. 3. Heft. Berlin, Verlag von Reuther & Reichard, 1906. (130 Seiten, Preis Mk. 3.)

Mit diesem Hefte, das in der „Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie“ (VIII. Band, 7. Heft) erschienen ist, ist das Werk von Z. über die Geisteskrankheiten des Kindesalters, das eine wirkliche Bereicherung der Literatur über dieses Gebiet bedeutet, abgeschlossen. Nach einer erschöpfenden Darstellung der „Geistesstörung aus Zwangsvorstellungen“, wendet sich Z. zur Besprechung jener psychischen Krankheitszustände, welche nächst dem Schwachsinn in seinen verschiedenen Formen und Graden im Kindesalter wohl die größte praktische Bedeutung haben, nämlich der „psychopathischen Konstitutionen“. Ihrer besonderen Wichtigkeit wegen werden die allgemeine degenerative psychop. K., die hysterische p. K. und die neurasthenische p. K. besonders eingehend besprochen; aber auch die weniger wichtigen, die epileptische, die choreatische, die depressive und andere affektive, die paranoide, schließlich die obsessive p. K. werden entsprechend gewürdigt, wobei auch die große Variations- und Kombinationsfähigkeit der geschilderten Bilder gezeigt, das Vorkommen fließender Übergänge zwischen den einzelnen Formen hervorgehoben wird. Eine gedrängte Darstellung der „zusammengesetzten Psychosen“ (periodische Manie, periodische Melancholie, zirkuläres Irresein, periodische Amentia, periodische impulsive Zustände), Nachträge zu den in den ersten zwei Heften behandelten Psychosen, endlich eine besonders wertvolle „schematische Anweisung zur psychischen Untersuchung bei geisteskranken Kindern“ bilden den Schluß. — Der praktische Arzt, der ja gerade die Geisteskrankheiten des Kindesalters weit öfter zu beurteilen und zu behandeln hat, wird aus dem Studium des Werkes großen Nutzen ziehen, der Spezialist wird dank der Art Z.s, zumeist seine eigenen Wege zu gehen, zu manchen Betrachtungen und Untersuchungen angeregt. B.

IV. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Innere Medizin.

Sitzung vom 24. Jänner 1907.

Karl Reitter und Hans Lauber stellen einen Fall von Neuritis optica im Verlaufe eines Typhus vor. Diese Komplikation im Verlaufe des Typhus ist ziemlich selten. Es sind kaum 20 Fälle bisher in der Literatur beschrieben. Sie kann in einigen Fällen als eine deszendierende Neuritis aufgefaßt werden, dann, wenn gleichzeitig meningitische, respektive zerebrale Symptome bestehen. In anderen Fällen ist man wohl berechtigt, sie als rein toxische Neuritis aufzufassen, wie sie auch bei anderen Infektionskrankheiten vorkommt.

Hans Salomon hat ebenfalls öfters im Verlaufe der verschiedensten Infektionskrankheiten, besonders bei Skarlatina und Typhus Auftreten von Stauungspapille beobachtet.

Demgegenüber bemerkt Lauber, daß es sich im vorgestellten Falle keinesfalls nur um eine Stauungspapille gehandelt habe, sondern es bestand eine Neuroretinitis.

Auch Hermann Schrötter kann aus eigener Erfahrung die Seltenheit dieser Komplikation im Gefolge des Typhus bestätigen.

Ebenso erinnert sich Wilhelm Winternitz trotz der großen Anzahl von Typhusfällen, die er gesehen hat, nicht einen Fall mit der vom Vortragenden besprochenen Komplikation beobachtet zu haben.

Karl v. Noorden bestätigt die Angaben Salomons bezüglich der beobachteten Stauungspapille bei Typhus, und will die damals wiederholt beobachtete Komplikation mit dem Charakter der Epidemie erklärt wissen.

Karl Reitter und Alfred Exner stellen einen Fall von posttyphöser Cholezystitis vor; es konnten sowohl aus der Galle wie auch aus den gespaltenen Steinchen nach der von Dörr beschriebenen Methode Bazillen der Koligruppe, und zwar in Reinkulturen gezüchtet werden, die sich kulturell



als Eberthsche Typhusbazillen erwiesen. Es war somit durch den Nachweis der Typhusbazillen in Galle und Konkrementen die Cholezystitis als eine posttyphöse aufzufassen. Über einen weiteren Befund, der sich bei der Operation ergab, berichtet Exner. Gelegentlich der Operationsnarkose wurde er darauf aufmerksam, daß in der Oberbauchgegend ein Tumor zu tasten sei, der vorher wegen der starken reflektorischen Muskelspannung der Untersuchung entgangen war. Die Vermutung lag nahe, an einen malignen Tumor des Pankreas oder der retroperitonealen Drüsen zu denken oder an eine Pankreatitis mit Kompression des Choledochus. Da der Patient sehr herabgekommen war, mußte der operative Eingriff möglichst einfach gestaltet werden, weswegen Exner sich begnügte, die Gallenblase freizulegen und für ungehinderten Gallenabfluß nach außen zu sorgen. Nach der Operation erholte sich der Patient ziemlich rasch; das Abdomen des Mannes ist jetzt weich, gut eindrückbar, der früher palpable Tumor ist verschwunden, ein Beweis, daß es sich in der Tat um eine Pankreatitis gehandelt hat. Es wäre denkbar, daß nach dem bakteriologischen Befund der Galle, auch die Pankreaserkrankung durch Typhusbazillen verursacht wurde.

Hermann Pollitzer erwähnt eines Falles, wo der Typhusbazillus als Erreger einer Cholangitis anzusehen war, und Rudolf Kolisch macht darauf aufmerksam, daß Cholezystitis auch im Beginne des Typhus, sozusagen als Initialsymptom öfters zur Beobachtung kommt.

Hermann Teleky macht darauf aufmerksam, daß bei Diabetikern Ikterus vorkomme, indem der Teil des Choledochus, welcher durch das Pankreas geht, durch die chronisch entzündete und schrumpfende Bindegewebsveränderung dieses Organes komprimiert und der Gallenabfluß in das Duodenum verhindert wird. Weiters glaubt Teleky, daß die Veränderungen der Gallenblase vorhanden waren; möglicherweise sind die Typhusbazillen in die bereits krankhaft veränderte Blase eingewandert, so daß die Anwesenheit der Bazillen und der Typhus mit der Cholezystitis in keinem Kausalnexus stehen.

Karl Reitter erwidert, daß Diabetes auszuscheiden sei, da der Harn des Patienten häufig, zum letztenmale zwei oder drei Tage vor der Operation, auf Zucker untersucht worden war. Was die zweite Frage betrifft, so gibt er zu, daß die Meinung, die Typhusbazillen wären in der Gallenblase gewesen, ohne an dem jetzigen Krankheitsprozeß Anteil zu haben, gewiß nicht ganz von der Hand zu weisen ist. Doch glaubt er, daß man aus der großen Leberschwellung während des Typhus, ferner aus dem Umstande, daß vor drei Jahren schon Cholelithiasisanfälle bestanden, dann aber Ruhe war und erst ein Jahr nach dem Abdominaltyphus ein so schweres Leiden sich entwickelte, und daß auch die früher geschilderte Pankreasveränderung vorhanden war, den Schluß ziehen dürfe, daß sich die Typhusbazillen hier aktiv an der Entzündung beteiligt haben.

Gabor Nobl zeigt eine 20jährige Patientin mit Erythema induratum Bazin, die außerdem noch an Skrofulo-Tuberkulose und einer spezifischen Lungenspitzenaffektion leidet. Das Hautleiden setzte zum erstenmale vor einem Jahre ein, um in allmählicher Entwicklung, ohne subjektive Begleitphänomene, bis zu den auch heute sichtbaren Intensitätsgraden zu gedeihen. Die untere Hälfte beider Unterschenkel bis in die Knöchelgegend wird von zerstreut sitzenden, tief im subkutanen Zellgewebe eingelagerten, meist mit der Haut verwachsenen, gut abgrenzbaren Knoten eingenommen, welche zum Teile noch von normalen Hautschichten überkleidet werden, zum Teile als dunkelblaurot verfärbte und grau livid abgetönte, halbkugelig emporgewölbte Tumoren ins Auge fallen. Die den Stauungston aufweisenden Knoten, die vorzüglich in der Zirkumferenz des linken Unterschenkels besonders zahlreich anzutreffen sind, weisen vielfach eine Erweichung der zentralen Anteile und beträchtliche Rarefizierung der stellenweise eingesunkenen verfärbten Decke auf, ohne selbst über den meist alterierten Gebilden zur Perforation und Geschwürsbildung geführt zu haben. Von singulären Knoten sind in der Tiefe des Fettgewebes sich verlierende, strangförmige, derbe Fortsätze zu verfolgen. Hervorzuheben wäre noch das Fehlen von Varizen und Ödemen, sowie der völlig schmerzlose Verlauf des langwierigen Übels. Auf die Zugehörigkeit dieser, von der Tela subcutanea, respektive dem Unterhautfettgewebe ausgehenden, zumeist bei jugendlichen weiblichen Individuen beobachteten Erkrankung zum Formenkreis der Tuberkulose hat zuerst Bazin (1861—1862) hingewiesen, und gleichzeitig die nicht zu große Seltenheit der Läsion betont. Differentialdiagnostisch käme eventuell das Erythema nodorum (gekennzeichnet durch Aknität, Schmerzhaftigkeit), die periphlebitis nodosa (an die Anwesenheit von Varizen gebunden), und das Erythema induratum sypiliticum in Betracht.

Julius Flesch stellt einen Fall von koordinatorischer Phonationsneurose vor. Das Krankheitsbild ist charakterisiert durch exspiratorische Aphonie mit inspiratorischer Phonation bei normalem Kehlkopfbefunde. Alle bisher beobachteten hysterischen Phonationsstörungen beziehen sich auf abnormes phonetisches Verhalten der Stimmbänder einerseits im Sinne einer spastischen Aphonie, und die gewöhnliche Aphonia hysterica beruht auf funktioneller Lähmung der Stimmbänder. Therapie: Starke faradische Ströme und Atmungsgymnastik. Der Erfolg ist eklatant.

Hermann Schrötter und Wilhelm Roth wünschen einen genauen Spiegelbefund, da es ihnen nicht verständlich ist, wieso bei bestehender Aphonie das Kehlkopfbild normale Beweglichkeit der Stimmbänder ergibt.

Flesch: Bei der Spiegeluntersuchung intonierte die Patientin ebenfalls nur inspiratorisch, daher das phonatorische Verhalten der Stimmbänder normal befunden wurde.

Friedr. Schoßberger demonstriert einen Fall von Erkrankung des chromaffinen Systems mit besonders ausgebreiteter Pigmentation der Zungenschleimhaut aus der Abteilung Pál. Beide Lungenspitzen sind infiltriert, der Patient ist sehr herabgekommen. Die Pigmentationen, welche ein bläulich-schwarzes Kolorit haben, befinden sich zu beiden Seiten der Zunge und reichen beiderseits bis zum Zungengrunde. Auch rechts von der Zungenspitze befindet sich ein zirka hellergroßer Pigmentfleck, ebenso auch an der Wangenschleimhaut links, entsprechend den Prämolaren.

Hermann Schlesinger demonstriert das anatomische Präparat eines Tumors mit Kompression des obersten Halsmarkes. Der Tumor (Sarkom) ging von den Weichteilen rechts neben der Wirbelsäule aus, die Wirbelsäule durchwuchernd; war im Wirbelkanale in der Höhe des obersten Zervikalmarkes extradural in der Länge von mehreren Zentimetern rechts und vorne vom Rückenmarke gelagert und mit der harten Rückenmarkshaut verwachsen. Die Bogen der obersten Halswirbel waren von Tumormasse durchsetzt. Diese Beobachtung lehrt mehrere für die Diagnose wichtige Tatsachen: 1. Neoplastische Durchwachsung der Bogen der obersten Halswirbel kann vorhanden sein ohne Aufhebung der aktiven Beweglichkeit des Kopfes. (Der Patient konnte sowohl Dreh- als auch Nickbewegungen ausführen.) 2. Steifigkeit der Halswirbelsäule kann bei dieser Lokalisation des Neoplasmus fehlen. 3. Neoplastische Erkrankung der obersten Halswirbelsäule kann ohne Druckempfindlichkeit der Knochen einhergehen. (Die Wirbelsäule war auf Druck nicht schmerzempfindlich gewesen.)

Lothar v. Frankl-Hochwart erkundigt sich nach der Ätiologie.

Hermann Schlesinger teilt mit, daß der Patient bei einer Rauferei vor 10 Monaten auf das Gesäß stürzte. Trotz der nicht schweren Beschädigung muß mit Rücksicht auf zahlreiche ähnliche Beobachtungen an eine ätiologische Bedeutung des Traumas für die Entstehung der Affektion gedacht werden.

Weiters zeigt Hermann Schlesinger das anatomische Präparat eines großen Hypophysis- und Stirnhirntumors bei Akromegalie. Der Tumor ist ein kleinzelliges Sarkom; nebstbei wurde ein großer Thymusrest gefunden, die



Thyreoidea war vergrößert, auf dem Durchschnitte von normaler Zeichnung. Bemerkenswert ist, daß die sarkomatöse Erkrankung der Hypophysis zumeist bei Akromegalien mit raschem Verlaufe gefunden wurde (Sternberg), während in diesem Falle die Symptome des Hirntumors auf mindestens vier Jahre zurückdatieren.

Wilhelm Türk und Konrad Helly berichten über einen Fall von Staphylokokkensepsis mit extremer Verminderung der Leukozyten und fast völligem Verschwinden der neutrophil-granulierten Leukozyten und der Granulozyten überhaupt aus dem Blute und dem Knochenmarke. Die klinisch ausgesprochene Vermutung, daß eine alymphämische Lymphomatose mit Verdrängung des Granulozytenapparates die Grundlage für das beobachtete Blutbild abgeben dürfte, fand bei der makroskopischen und mikroskopischen Untersuchung der Blutbildungsorgane durch Helly keine Bestätigung; es ergibt sich vielmehr die Wahrscheinlichkeit, daß bei der Kranken von vornherein eine Art Hypoplasie des Granulozytenapparates vorlag. Im Anschlusse an diese Beobachtung berichtet Türk über ein anscheinend verwandtes Blutbild. das bei einer ungewöhnlich hartnäckigen Angina tonsillaris mit Allgemeininfektion von ihm beobachtet wurde. Es bestand ein geradezu typisches Blutbild einer akuten sublymphämischen Lymphomatose. Dabei aber nur ganz minimale Drüsenschwellungen und ein mäßig großer Milztumor. Der Kranke wurde entgegen der bei der erwähnten Annahme als letal bezeichneten Prognose gesund und hat jetzt bei anscheinend normaler Leukozytenzahl noch eine relative Vermehrung der Lymphozyten auf 48 Prozent.

Anschließend daran bespricht Helly den anatomischen Befund am hämatopoetischen System. Hervorzuheben wäre der einseitige Untergang der Knochenmarksfunktion, wobei nicht, wie in den schon seit längerer Zeit bekannten Fällen von sogenannter „aplastischer Anämie" (Ehrlich), die Erythropoëse gelitten hat, sondern die Bildung der Granulozyten. Es bot sich daher ein bis nun noch nicht gekanntes Krankheitsbild dar.

Im Anschlusse demonstriert Helly das anatomische Präparat eines seltenen Falles von primärer Lungenbildung (anaplastische Wucherung des flimmernden Infundibularepithels). Bei der Obduktion fand man die Lunge ziemlich gleichmäßig von derben, in ihrer Konsistenz käsigen Herden entsprechenden, bis haselnußgroßen Knoten durchsetzt. Zwischen den Knoten fand sich allenthalben verdicktes, narbenähnliches Bindegewebe. Es handelt sich im vorliegenden Falle jedenfalls um eine primäre Lungenneubildung im weiteren Sinne des Wortes, wie sie wohl nur als sehr seltener Befund zur Beobachtung kommen dürfte.

Arnold Burger hat den von Türk als zweiten erwähnten Fall längere Zeit beobachten können. Er wendet sich gegen Türk, der auf Grund eines einzigen Blutbefundes eine letale Prognose stellte, trotzdem sonst keinerlei Befunde für die Diagnose akute Leukämie vorlagen. Der Fall lehrt, daß man nicht berechtigt ist, auf Grund einer einmaligen Blutuntersuchung eine so schwere Prognose zu stellen.

Auch Emil Schwarz, der im Jahre 1903 an diesem Orte Blutpräparate eines ähnlichen Falles demonstrierte, und die Möglichkeit einer bakteriellen Infektion in Betracht zog, erinnert daran, daß auch damals Türk die bestimmte Ansicht äußerte, daß ein solches Blutbild nur einer Lymphomatose zukommen könne. Türks heutiger Fall lehrt nun mit aller Bestimmtheit, daß seine Ansicht doch nicht so ganz abzuweisen war, ergibt also gleichsam eine nachträgliche Rechtfertigung seiner Meinung.

Rudolf Türkel erwähnt einen Fall, der seit Monaten aus unaufgeklärter Ursache hoch fieberte. Die Zahl der Leukozyten betrug nicht ganz 3000 und unter ihnen waren polymorphkernige, granulierte Elemente nur zu 30 Prozent.

Im Schlußworte weist Türk darauf hin, daß er doch über eine etwas größere hämatologische Erfahrung verfüge als Burger und gerade auf Grund dieser, nach den bisherigen Kenntnissen nicht nur berechtigt, sondern direkt gezwungen war, die tatsächlich gestellte Diagnose zu machen. Der heute von ihm zuerst mitgeteilte Fall schafft eine vollkommen neue Lage: es ist der erste bisher überhaupt gemachte anatomische Befund dieser Art, der erste, welcher es ermöglicht, Fälle von der Art des an zweiter Stelle von ihm besprochenen anders als bisher und richtig zu deuten. Was den Fall Schwarz betreffe, so müsse er zugeben, daß auf Grund der heute mitgeteilten Fälle, in diesem Falle es sich anscheinend um eine einfache Sepsis ohne Lymphomatose, aber auch ohne jede Reaktion des wahrscheinlich verkümmerten Granulozytenapparates gehandelt habe. *i. m.*

V. Aus der Praxis.

Die Notwendigkeit der inneren Behandlung der Gonorrhoe. Von Dr. Arthur Coblenzer, Berlin.

Eine Warnung vor der Überschätzung der rein lokalen Gonorrhoe-Therapie und der Hinweis auf den Wert und die Notwendigkeit der inneren Behandlung des Trippers, den wir ja jetzt als eine häufig mit Bakterieämie einhergehende Infektionskrankheit kennen gelernt haben, könnte fast unnötig erscheinen, da wohl allgemein von nahezu allen anerkannten Spezialärzten der internen Medikation neben der Injektionstherapie der gebührende Platz eingeräumt wird. Gleichwohl ist es ein Verdienst des Verf., daß er diese auch für die allgemeine Praxis so überaus wichtige Frage eingehend beleuchtet und die hohe Bedeutung der inneren Gonorrhoe-Therapie an der Hand markanter Aussprüche der ersten Fachautoritäten klargelegt hat. Zeissl, Finger, Kopp u. a. m. stehen ja ganz entschieden auf diesem Standpunkte. Das Resultat der Orientierung über den gegenwärtigen Stand der Frage ist: In keinem Falle darf auf die innere Behandlung verzichtet werden.

Den ersten Rang unter den inneren Antigonorrhoizis nimmt nach Verf. zweifellos das Arhovin (Chemisches Institut Dr. A. Horowitz, Berlin) ein, welches ganz frei ist von den bekannten unangenehmen Nebenwirkungen der Balsamikas. Arhovin ist völlig ungiftig, wird „stets gern genommen und ausnahmslos gut vertragen." Nie sind Magenstörungen beobachtet worden. Nierenreizung ist ausgeschlossen. Dabei wirkt es antiseptisch und speziell gonokokkenvernichtend, wie auch aus den von Piorkowski angestellten Versuchen hervorgeht. Alkalischer Urin wird bei Arhovingebrauch sauer.

Einige ausführlicher wiedergegebene Krankengeschichten erweisen klar den auf diesen Eigenschaften beruhenden vorzüglichen Einfluß des Arhovins auf den gonorrhoischen Prozeß. 3—6 Kapseln a 0·25 pro die bewirkten in allen Fällen von akuter Gonorrhoe (ant. u. post) rasches Schwinden der Schmerzen, Erleichterung des Urinierens, Nachlassen der Entzündungserscheinungen, Spärlicherwerden des Ausflusses und Verschwinden der Gonokokken im Sekret. Die Heilungsdauer wurde nicht unbeträchtlich verkürzt. In gleicher Weise ausgesprochen ist die Wirkung bei chronischer Gonorrhoe.

Erwähnt sei noch, daß auch die externe Anwendung des Arhovins bei Urethritis, Prostatitis chronica (neben dem inneren Gebrauch) und bei Fluor albus gonorrhoicus mit Erosionen der Portio sich dem Verf. gut bewährt hat.

Auf Grund seiner ausgedehnten Beobachtungen erklärt Verf. zum Schluß: „Ich halte danach das Arhovin für das beste innere Antigonorrhoikum, über das wir zur Zeit verfügen". (Monatsschrift für Harnkrankheiten und Sex.-Hygiene Nr. 11, 1906.)

VI. Notizen.

Die Kantgesellschaft, eine der ersten philosophischen Gesellschaften Deutschlands, hat Herrn Prof. Adamkiewicz eingeladen, einen Bericht über sein neuestes, soeben in zweiter Auflage erschienenes Werk: „Die Eigenschaft der Materie und das Denken im Weltall" (Wien 1907, W. Braumüller) zu erstatten. — Die Aufmerksamkeit, welche genanntes Werk selbst in



Philosophenkreisen geweckt hat, ist umso bemerkenswerter, als Adamkiewicz gegenüber allen herrschenden philosophischen Anschauungen die seelischen Vorgänge auf einfache Äußerungen der Materie zurückführt und den Beweis liefert, daß der Denkprozeß kein von den einfachsten Erscheinungen in der Natur abweichender Vorgang ist. Wir werden auf den Inhalt der bedeutungsvollen Arbeit noch näher zurückkommen.

Von unserer Hochschule. Die Witwe des Professors Doktor Karl Stoerk hat eine Professor Dr. Karl Stoerk-Stiftung testamentarisch festgesetzt, die jedoch erst nach dem Tode ihrer Enkel ins Leben treten kann, da bis dahin der Fruchtgenuß den Erben zusteht. Das Stiftungskapital wird etwa 120.000 K betragen, die Erträgnisse sind für Stipendien zugunsten dürftiger und würdiger Hörer der Medizin bestimmt. Ferner hat Frau Berta Stoerk der Universität die Marmorbüste ihres Gatten zur Aufstellung im Arkadenhofe in der Universität vermacht.

Regierungsrat Tilkowsky †. Am 23. Februar ist Regierungsrat Tilkowsky plötzlich einem Schlaganfalle erlegen. Tilkowsky war im Jahre 1842 im Leutschauer Komitat als Sohn eines deutschen Lehrers geboren. Nach Absolvierung der Gymnasialstudien widmete er sich erst philosophischen Studien und wendete sich erst später der Medizin zu. Er wurde 1871 zum Doktor promoviert und trat 1874 als Aspirant in die niederösterreichische Landesirrenanstalt in Wien ein. Von 1875—1884 diente er dort als Sekundararzt. Im Jahre 1884 kam Dr. Tilkowsky als Sekundarius an die Klosterneuburger Anstalt, bei der er zwei Jahre darauf dirigierender Primarius wurde. 1891 wurde er zum Direktor der niederösterreichischen Landesirrenanstalt in Ybbs ernannt. 1895 erfolgte seine Ernennung zum Direktor der Wiener Anstalt als Nachfolger Gausters. Insbesondere verdienen seine Bestrebungen und Vorarbeiten für Errichtung von Trinkerasylen hervorgehoben zu werden. Im Auftrage des niederösterreichischen Landesausschusses hat Dr. Tilkowsky ausgedehnte Reisen nach den meisten Staaten Europas zum Studium der Frage der Trinkerasyle unternommen. Seine diesbezüglichen Beobachtungen legte er in Broschüren den Fachkreisen vor, und sie haben auf den Gesetzentwurf über die Errichtung öffentlicher Trinkerasyle, der im Oktober 1895 von der Regierung dem Reichsrat unterbreitet wurde, vielfach anregend gewirkt. Dr. Tilkowsky hat schon im Herbst vorigen Jahres an seine Pensionierung gedacht. Er suchte auch wirklich darum an, und der Landesausschuß ließ es nicht an Bemühungen fehlen, ihn zum Bleiben zu bewegen. Er wollte schon mit 1. November zurücktreten, ließ sich jedoch zu einer kurzen Verlängerung der Dienstzeit bewegen, doch stand sein Rücktritt, den das Ruhebedürfnis veranlaßte, fest. Im niederösterreichischen Landessanitätsrat, dem er als Vizepräsident angehörte, und in dem er die wichtigsten Referate geführt hat, gedachte er auch dann noch zu wirken. Auch als Musiker und Komponist hat sich Dr. Tilkowsky eines geschätzten Namens erfreut. In den Siebziger- und Achtzigerjahren wurden zahlreiche seiner Chöre und Lieder vom Männergesangsverein mit großem Beifall aufgeführt.

Die Erhöhung der ärztlichen Honorare in der Privatpraxis ist in Anbetracht der herrschenden Teuerung auch in Berlin als notwendig anerkannt worden. In einer Sitzung vom 18. Dezember v. J., an der Vertreter von 34 Vereinen mit zusammen 2647 Mitgliedern teilnahmen, wurde infolgedessen einstimmig beschlossen, daß die Erhöhung der ärztlichen Honorare in der Privatpraxis, und zwar in gleicher Weise für Einzel- wie Pauschalhonorierung (Hausarzthonorare) vom 1. Jänner 1907 ab eintreten solle.

Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beabsichtigt auf ihrem nächsten Kongreß, der am 24. und 25. Mai 1907 in Mannheim tagen wird, die Frage der Sexualpädagogik zu erörtern. Der Gegenstand soll nach allen Richtungen eingehend diskutiert werden. Man will getrennt über die sexuelle Diätetik und die sexuelle Aufklärung im Elternhause, in der Volksschule, den höheren Schulen, den Fortbildungsschulen, Seminaren u. s. w. verhandeln. Zu jeder Einzelfrage soll durch einen besonderen Sachverständigen – Schulmann, Pädagogen beiderlei Geschlechtes, Arzt, Mutter u. s. w. — ein Referat erstattet werden. Und zwar wird die allgemeine Einleitung Herr Dr. Foerster, Zürich, der Verfasser der Jugendlehre, übernehmen, über die Aufgabe des Hauses wird Frau Prof. Krukenberg, Kreuznach, über die sexuelle Diätetik Dr. Hellbach, Karlsruhe, über die Aufklärung der Abiturienten Dr. von den Steinen, Düsseldorf, über die Aufgabe der Volksschule Prof. Schmeil, Marburg und Hauptlehrer Enderlin, Mannheim, referieren. — Von besonderer Bedeutung ist natürlich die Frage der Aufklärung in den höheren Schulen und insbesondere in den höheren Klassen derselben. Dieses Referat ist Herrn Direktor Prof. Dr. Kemsies, Weissensee, übertragen worden.

Deutsch die Sprache der ärztlichen Wissenschaft. Zwei bekannte russische Chemiker haben es für zweckdienlich erklärt, daß die Chemiker aller Länder, soweit es gehe, deutsch schrieben und alle anderen chemischen Arbeiten rechtzeitig ins Deutsche übersetzt würden. Eine ähnliche Forderung für die ärztliche Wissenschaft kommt aus England. Wie die Zeitschrift des Allgemeinen Deutschen Sprachvereins berichtet, ist kürzlich in der Britischen Vereinigung

zur Beförderung der Naturwissenschaft erörtert worden, wie es nur eines bescheidenen Maßes von Kenntnis der deutschen Sprache bedürfe, um fachliche Bücher gewinnbringend zu lesen, daß die englischen Naturforscher sich aber dieses wenige Wissen viel häufiger erwerben sollten, um die deutschen Beiträge verstehen zu können, die doch gerade in der ärztlichen Wissenschaft mit die wichtigsten von allen seien. Der Rückgang des Deutschen als Schulgegenstandes in England sei sehr bedauerlich; deutsch zu lernen sei ja schwierig, aber nicht außerhalb der Grenzen des leicht erlernbaren liege eine hinreichende Kenntnis des Deutschen, um mit Vorteil fachliche Bücher lesen zu können, deren großer Reichtum an gutem Lernstoff gerade für die ärztliche Wissenschaft in England lange nicht genügend gewürdigt werde.

* Der französische höhere Rat für den öffentlichen Unterricht hat den Entwurf eines Dekrets ausgearbeitet, wonach es ausländischen Ärzten und Studierenden der Medizin, welche die Vorbedingungen für die Doktorprüfung in ihrem Lande erfüllt haben, gestattet sein soll, falls sie sich später naturalisieren lassen, das französische Diplom als Doktor der Medizin unter Befreiung von höchstens drei Prüfungen zu verlangen, vorausgesetzt, daß sie das Baccalaureat einer Mittelschule besitzen oder licenciés-ès-sciences sind.

Schutzmaßregeln für Karlsbad. Vom Ackerbauministerium wurde eine Quellenschutzkommission für Karlsbad eingesetzt, die ein Gutachten darüber zu erstatten hatte, ob der im Falkenauer und Ellbogener Revier betriebene Bergbau ohne Gefährdung der Karlsbader Thermen weitergeführt werden könne. Die Kommission hat ihre Arbeiten abgeschlossen und die Bergwerksinteressenten von ihrem Gutachten offiziell in Kenntnis gesetzt. Das Gutachten beschäftigt sich eingehend mit der Frage des Zusammenhanges des im Maria II-Schachte stattgefundenen Wassereinbruches mit den Karlsbader Heilquellen und kommt zu dem Schlusse, daß eine weitere Wasserhebung ohne Gefährdung der Karlsbader Quellen insolange als unzulässig betrachtet werden müsse, als nicht durch Erfahrungen festgestellt erscheint, daß der von der Kommission angenommene Zusammenhang zwischen dem Maria II-Schacht und den Karlsbader Quellen nicht besteht. Das Gutachten befürwortet daher die Abdämmung aller Verbindungen zwischen dem Josefi- und Liegnitzflöz in dem Maria II-Schachte. Über den Union II-Schacht und die Friedrich Anna-Zeche lautet das Gutachten dahin, daß das Pumpen des Wassers in den tiefstgelegenen Grubenteilen zu unterlassen sei.

Die Entstehung des Schlafes, bis heute noch ein ungelöstes Problem, hat eine neue Erklärung erfahren. Die bisher aufgestellten Theorien, die das Verhalten des Gefäßsystems oder Vergiftunsvorgänge für das normale periodische Erlöschen des Bewußtseins verantwortlich machten, haben sich als unzureichend erwiesen. Alberto Salmon in Florenz hat nun die Behauptung aufgestellt, daß das Zustandekommen des Schlafes von der Ausscheidung des Hirnanhanges, der sogenannten Hypophyse, abhängig ist. Das Drüsensekret enthält Brom, und seine Wirkung soll demnach eine jener Substanz entsprechende sein. Tatsächlich soll die Darreichung der Hypophysensubstanz bei Schlaflosigkeit erfolgreich sein, ebenso spricht zugunsten jener Theorie, daß bei krankhafter Vergrößerung der Hypophyse große Schläfrigkeit eintritt; auch wurde bei Schlafkrankheit häufig eine übermäßige Entwicklung der Hypophyse nachgewiesen. Ferner wurde bei akuten Vergiftungen oder chronischen Selbstvergiftungen, die zu einer Steigerung innerer Sekretion führen, Schläfrigkeit beobachtet. Tritt aber aus irgendeinem Grunde eine Verkümmerung der Hypophyse ein, so macht sich Schlaflosigkeit geltend. Dies läßt sich zum Beispiel im Greisenalter und in gewissen Zuständen ungenügender Ernährung, bei der Neurasthenie u. s. w. beobachten.

VII. Offene Stellen.

Niederösterreich. Gemeindearztesstelle für die Sanitätsgemeinde Mannswörth-Albern bei Wien mit dem Wohnsitze des Gemeindearztes in Mannswörth mit 1. April d. J. zu besetzen. Mit dieser Stelle ist der fixe Bezug von 680 K (600 K von der Gemeinde Mannswörth und 80 K von Albern) sowie die freie Wohnung (bestehend aus 2 Zimmern, 1 Kabinett und 1 Küche) verbunden. Bisher war die Stelle vom n.-ö. Landesausschusse mit 900 K jährlich subventioniert; der Landesausschuß ist jedoch nicht in der Lage, eine bestimmte Zusage in Hinsicht der Wiedergewährung der Subvention derzeit schon zu machen, und behält sich die engültige Fassung bis zum Einlangen des Besetzungsvorschlages vor. Bewerber um diesen Posten wollen ihre mit den im § 11 des Landesgesetzes vom 21. Dezember 1888 (L. G. Bl. Nr. 2 ex 1889) vorgeschriebenen Belegen (Heimatschein, ärztliches Diplom, von einem Amtsarzte ausgestelltes Gesundheitszeugnis und Sittenzeugnis) versehenen Gesuche bis spätestens 1. März d. J. an das Bürgermeisteramt Mannswörth einsenden, welch letzteres zur Erteilung von etwa gewünschten Auskünften bereit ist.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor
Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. APR 15 1907 LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
o. ö. Universitätsprofessor Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 10. Wien, 9. März 1907. Nr. 10.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Fortschritte auf dem Gebiete der Syphilidologie.

Von Dr. S. Löw.

Als letztes Wort des Altmeisters der Syphilidologie J. v. Neumann, kann man den in der „Wr. klin. Wochenschr." erschienenen Artikel „Über die bisherigen Ergebnisse der Übertragung der Syphilis auf Affen" betrachten. Im Eingange weist er darauf hin, daß die ersten Impfversuche an Affen mit positivem Erfolge von Auzias Turenne und Welz der Pariser Académie de Medecine im Jahre 1844 vorgeführt wurden. Von ersteren wurden auch Hunde, Katzen, Füchse, Kaninchen und Ratten mit angeblich positivem Resultat geimpft. Klebs hatte einen Kapuzineraffen Sklerosenpartikeln subkutan eingebracht, worauf nach sechs Wochen an Nase, Lidern, Wangen und Stirne und am Halse zahlreiche flache, braunrote Knoten, die er als syphilitische Eruption erklärte, entstanden. Neumanns eigene Versuche (1883) führten zu keinem Ergebnis. Sperk (1896) war erfolgreicher. Aber erst den Versuchen Metschnikoff und Roux am Institut Pasteur gelang es 1903 und 1904 die Frage der Übertragung der menschlichen Syphilis auf den Affen in einer jeden Zweifel ausschließenden Weise zu lösen.

Diese Forscher haben an dem, der Organisation des Menschen am nächsten stehenden anthromorphen Affen, dem Schimpansen, durch Inokulation von Syphilisvirus Krankheitserscheinungen syphilitischer Natur erzeugt. Von Belang für diese Forschung ist die von Metschnikoff und Roux nachgewiesene, von anderen Experimentatoren, wie Neisser und Kraus, Finger und Landsteiner affirmierte Tatsache, daß auch an Makakenarten, Hamadryas, Haftung des Sekretes von Primäraffekten, ohne Konsekutiverscheinungen (wenigstens in der Mehrzahl der Fälle) stattfindet. Bisweilen erscheinen namentlich bei intensiven Inokulationen, regionäre Effloreszenzen, welche auch histologisch die Gewebsanomalien des Primäraffektes darbieten. Man vermißt jedoch an den Geschwüren die typische Induration. Die serpiginösen Infiltrate hält Finger nicht für konstitutionell, weil sie nicht auf hämatogenem Wege entstünden.

Von großer Bedeutung sind die Untersuchungen Finger und Landsteiners betreffs der Re- und Superinokulation. Sie gelangen zum Schlusse, daß Syphilitiker aller Stadien auf Syphilisvirus mit örtlichen, spezifischen Erscheinungen reagieren. Bei syphilitischen Individuen entstehen nach der Inokulation nach 10—14tägiger Inkubation Knötchen bis zur Linsengröße, die nach einiger Zeit mit Hinterlassung pigmentierter Narben heilen. Desgleichen entwickeln sich bei tertiärer Syphilis nach Impfungen mit Syphilisprodukten, Syphilisaffekte, die den an den betreffenden Patienten zuweil bestehenden homolog sind.

Neumann wendet dagegen folgendes ein: Betreffs der bei Syphilitikern nach Inokulationen von Syphilisvirus auftretenden Affekte ist sehr zu beachten, daß, wie mit voller Sicherheit angenommen werden kann, bisher vollkommen reines Syphilisvirus nicht verimpft wurde und ist — wie die vielen Impfungen früherer Perioden, in welchen an Tieren angeblich positive Resultate erzielt wurden, beweisen — die Entstehung der Affekte ursächlich auf mitverimpfte pathogene Bakterien zurückzuführen. Ferner die ungeachtet gegenteiliger Behauptung aufrechtstehende Tatsache, daß Haut und Schleimhaut der Syphilitiker auf verschiedene intensive oder langdauernde Reize mit spezifischen Affekten reagieren.

Was die Superinfektion während und noch kurze Zeit nach der Entwicklung des Primäraffektes betrifft, so ist die Tatsache zu berücksichtigen, daß die frühzeitige und vollständige Exstirpation des Primäraffektes den Ausbruch der konstitutionellen Erscheinung nicht zu hindern vermag, daß sohin noch vor der völligen Entwicklung des Primäraffektes der Syphiliserreger weit über die Gemarkung desselben vorgedrungen ist. Selbst die Exstirpation der regionären Lymphdrüsen vermag die Invasion des etwa auf der Zwischenstrecke zwischen Primäraffekt und Lymphdrüsen vorhandenen Infektionstoffes nicht zu verhindern. Aber es ist auch die Tatsache zu beachten, daß bereits während der Entwicklung des Primäraffektes der Syphiliserreger auch die Grenze der regionären Lymphdrüsen überschritten und von hier aus sehr rasch bis zur Zeit der vollständigen Entwicklung des Primäraffektes, das Zentrum der Blutbahn erreicht haben kann, um in kurzem an die Peripherie der Blutbahn zu gelangen. Daß demnach zur Zeit der vollständigen Entwicklung des Primäraffektes der ganze Organismus bereits infiziert sein kann, ist somit nicht zu negieren. Angesichts dieser Sachlage wird man — insolange nicht absolut reines Syphilisvirus verimpft wird (Reinkulturen der Spirochaete pallida) — aus den Resultaten der während oder kurz nach vollendeter Entwicklung des Primäraffektes im sekundären und tertiären Stadium vorgenommenen Inokulationen keine sicheren Schlüsse ziehen können. End



lich müssen wir nachdrücklich darauf verweisen, das bei der großen Verschiedenheit des ganzen Verlaufes der Syphilis den Menschen und Affen von dieser nur mit großem Bedacht auf jene gefolgert werden dürfe. Wir sehen, daß Finger und Landsteiner die Reinfektion während der Evolutionsperiode des Primäraffektes, bezw. ihre These, daß Syphilitiker aller Stadien auf Syphilis mit örtlichen Erscheinungen reagieren, damit erklären, „daß der Organismus des Syphilitischen, wenn auch nicht die angenommene absolute, so doch eine sehr beträchtliche Immunität besitze. Kraus dagegen erklärt: „Der Primäraffekt hat eine Immunität der Haut zur Folge, vermag aber nicht den Organismus vor einer sekundären Infektion zu schützen ...... Diese Immunität ist bloß auf die Haut lokalisiert.“

Diese nichts weniger als übereinstimmenden Thesen sind insgesamt Folgerungen hauptsächlich aus Impfergebnissen an Affen. Ohne auf eine Erklärung dieses Umstandes näher einzugehen, glaube ich doch bemerken zu sollen, daß diese Diskrepanz vornehmlich in der individuellen Auffassung der Immunität gelegen ist. Diese Auffassung ist es, welche bei einer Kontamination der ganzen Blut- bezw. Säftemasse lokalisierte Organimmunitäten annimmt. In logischer Konsequenz dieser Theorie müßte man beispielsweise beim Scharlach, bei Morbillen, Variola, Hautsyphiliden, alle jene Hautstellen, welche vom Exanthem frei bleiben, als immun erklären.

Wie verhält es sich mit der Reinfektion, bezw. Superinfektion Syphilitischer bei objektiver Erwägung der maßgebenden Kriterien? Hiebei gehen wir von der Frage aus: Sind wir zur Annahme berechtigt, daß ein dem syphilitischen Organismus eingeführtes, dem autochthonen gleiches Syphilisvirus, unter vollkommen gleichen Bedingungen in diesem Organismus eine von letzterem verschiedene, bezw. keine Wirkung besitze? Sind wir, um ein konkretes Beispiel anzuführen, zur Annahme berechtigt, daß, wenn einem syphilitischen Organismus von außen Syphilisvirus von völlig gleicher Beschaffenheit und Menge einverleibt wird, wie ein autochthones, welches an irgendeiner geeigneten Stelle eine Papel erzeugte, zur selben Zeitperiode keine Papel hervorzurufen vermag?

Auch diese Fragen sind, glaube ich, nach Lage der Dinge negativ zu beantworten. Wenn bei vorhandenem oder geheiltem syphilitischen Primäraffekt oder nach Verschwinden der Induration durch Inokulation kein Primäraffekt, sondern nur eine Papel oder keine Effloreszenz überhaupt zum Vorschein kommt, so beweist dies keineswegs, daß die Wirkungsweise dieses Virus essentiell verschieden sei von der des autochthonen. Wir haben vielmehr Grund zur Annahme, daß letzteres bei gleicher Qualität und Quantität an derselben Stelle, kurz unter ganz gleichen Bedingungen, die gleiche Wirkung entfaltet wie das inokulierte. Wenn das autochthone Syphilisvirus an keiner Stelle des Organismus einen zweiten typischen Primäraffekt mehr zu erzeugen vermag, kann wohl mit Grund eine abweichende positive Wirkung vom inokulierten Virus nicht postuliert werden. Worin es liegt, daß nur auf einem nichtsyphilitischen Boden ein typischer Primäraffekt sich entwickelt, dafür fehlt uns eine stichhältige Erklärung. Dagegen haben wir dafür, daß bestimmte Stellen, Organteile und Organe, selbst bei einer Kontamination der Blutmasse von spezifischen Affekten frei bleiben, eine ungezwungene Erklärung darin, daß die Krankheitserreger in den betreffenden Organen nicht gleichmäßig verteilt, nicht überall den gleichen Virulenzgrad besitzen; die Widerstandsfähigkeit eines Organes, abgesehen von der Verschiedenheit der Gewebselemente, nicht in allen seinen Teilen vollkommen gleich ist, zumal diese funktionell durchaus nicht in gleicher Weise in Anspruch genommen sind. Wir sind schon im Hinblicke auf diese Tatsachen nicht bemüßigt, lokalisierte Immunitäten anzunehmen, die man, wenn man konsequent bleiben will, mitunter auch für einen Raum von einigen Quadratmillimetern in Anspruch nehmen müßte.

Daraus, daß ein dem syphilitischen Organismus inokuliertes Syphilisvirus von gleicher Beschaffenheit und in gleicher Menge und unter gleichen Bedingungen wie das autochthone keine von diesem verschiedene Wirkung enfaltet, folgt, daß eine Immunität des Syphilitikers gegen Syphilisvirus in dem Sinne, wie wir dieselbe auffassen, nicht besteht.

Weiters, daß gleichwie die Wirkung des autochthonen Syphilisvirus nicht örtlich beschränkt bleibt, so auch das inokulierte, wenn es hinreichend virulent und in hinreichender Menge dem Organismns einverleibt wird. Ich erwähne dies nicht bloß, sondern lege darauf Gewicht; denn wenn der Syphilitiker auf Syphilisvirus nur mit örtlichen Erscheinungen reagiert, das Virus demnach keine allgemeine Wirkung üben würde, dann ist die ätiologische Therapie aussichtslos. Endlich sei noch darauf verwiesen, daß unter Bedingungen, die noch nicht festgestellt sind, bezw. wir nicht kennen, das autochthone Syphilisvirus auch latent bleibt und dies auch dem inokulierten Syphilisvirus nicht abgesprochen werden könne. Dieser Umstand (die Latenz) dürfte vielleicht die Hauptursache sein, daß man den Syphilitiker gegen inokuliertes Syphilisvirus für immun hielt.

Nun kommt Neumann auf die so wichtigen Rückschlüsse zu sprechen, die aus den theoretischen Untersuchungen auf die zukünftige ätiologische Therapie der Lues zu ziehen sind. Er sagt:

Die Ansicht, daß das Syphilisvirus wie das Lyssavirus im Organismus langsam sich verbreitet, „es erst längere Zeit nach dem lokalen Infekt zur Allgemeininfektion kommt“, und in Analogie mit der postinfektionellen Immunisierung bei Lyssa, wie sie von Pasteur eingeführt wurde, brachten Kraus auf den Gedanken der Immunisierung bei Lues im Stadium des Primäraffektes. Er folgte hierin der von Högyes bei Lyssa geübten Methode der Dilution. Die mit einem zweifellosen syphilitischen Primäraffekt behafteten Individuen wurden subkutan zuerst mit verdünntem, dann konzentriertem Virus, welches Primäraffekten entstammte, 14 Tage behandelt. Spitzer gibt über den Erfolg dieser Behandlung bei 15 Kranken folgendes Resümee: „Die Injektionen haben den behandelnden Kranken keinen wahrnehmbaren Schaden lokaler oder allgemeiner Natur gebracht.“

„Die Hälfte der Kranken bekam ihre Syphilis in unveränderter Weise, zum Teile in leichter, zum Teile in schwerer Form.“

„Bei der anderen Hälfte trat zum Teil das Exanthem auf, aber wesentlich verspätet. Zum Teil aber sind die Eruptionen an Haut und Schleimhaut ausgeblieben.“

Zu ganz anderen Resultaten sind Brandweiner und Kreibich auf Grund ihrer Untersuchungen gelangt. Ersterer hat wohl mit einem anders präparierten Materiale experimentiert als Kraus, bezw. Spitzer. Auch wurde die Behandlung bei fünf bis sieben Wochen bestandener Dauer begonnen. Brandweiner gibt an, daß (von sieben Fällen) bei keinem einzigen Fall die Sekundärerscheinungen ausblieben. Sie traten sogar mit größter Regelmäßigkeit zur gewohnten Zeit auf. Der Verlauf der Syphilis wurde sowohl durch die Extraktbehandlung als auch durch die in den Fällen 1, 2, 5, 6 und 7 vorgenommenen Exzisionen und Exstirpationen nicht im geringsten alteriert.

Kreibich, der in der Technik sich an Kraus und Spitzer hielt, hat sehr früh die Exzision vollzogen und ebenso früh mit der Behandlung begonnen. In keinem der fünf behandelten Fälle wurde der Ausbruch sekundärer Symptome verhindert.

In dieser Streitfrage, welche im Grunde ein Derivat der Immunitätsfrage ist, ein Urteil abzugeben, wäre wohl verfrüht; doch kann von allen bisherigen Ergebnissen der experimentellen Übertragung der Syphilis eines als festgestellte Tatsache betrachtet und anerkannt werden, dies ist trotz intensivster Infektion milde, abortive Verlauf der Affensyphilis. Hiedurch scheint die Annahme begründet, daß es, wenn auch



auf einem vom bisherigen abweichenden Wege gelingen werde, sei es ein dem Diphtherieserum analog wirkendes Syphilisserum, sei es Immunserum, herzustellen. Durch die Möglichkeit der Abschwächung des Syphilisvirus einerseits und die Allgemeinwirkung des letzteren auf den syphilitischen Organismus anderseits sind die Vorbedingungen für ein Heilserum der Syphilis gegeben. Die Herstellung eines solchen wäre ein Erfolg von großer Tragweite für das ergriffene Individuum durch die Abkürzung der mehrjährigen Krankheitsdauer; für die Volksgesundheit durch Abkürzung der Infektionsdauer, sohin erhebliche Eindämmung der Verbreitung und Vererbung der Krankheit. In ökonomischer Beziehung würden durch die bedeutende Abkürzung der Behandlungsdauer, die Kosten derselben, sowie der durch Arbeitsunfähigkeit entstandene Lohnverlust erheblich reduziert und auf diese Weise jährlich Beträge, die nach Hunderttausenden zählen, erspart. Eine Schutzimpfung gegen die syphilitische Infektion wäre angesichts der stetig zunehmenden Verbreitung der verheerenden Krankheit für die gesamte Menschheit ein nicht um vieles geringerer Segen als die Jennersche Schutzimpfung gegen Variola. Der Umstand, daß bisher alle Züchtungsversuche des nun fast allgemein akzeptierten Syphiliserregers, der Spirochaeta pallida, gescheitert sind, vermag uns die Hoffnung nicht zu benehmen, daß der Forschungsgeist und die unermüdliche Energie der Fachmänner auch dieses große Ziel endlich erreichen werden. Die großen Errungenschaften auf dem Gebiete der Ätiologie, Pathogenese, Diagnostik und Therapie der infektiösen Krankheiten sind vorwiegend das Resultat der bakteriellen und experimentellen Forschung. Hierin hat, wie vorangehend mitgeteilt wurde, die Wiener Schule, speziell die Syphilis betreffend, vor mehreren Dezennien mit zwei Kardinalfragen sich befaßt: 1. Mit der Übertragung der Syphilis auf Tiere, darunter auf Affen, 2. mit der Auffindung des Erregers der Syphilis. Erstere gelöst zu haben, ist das ruhmvolle Verdienst Metschnikoffs und Roux', letztere Schaudinns, des hervorragenden, der Wissenschaft und Forschung durch den Tod früh entrissenen Gelehrten. An dieser Stelle möchte ich die Worte, welche ich 1883 anläßlich der von mir durchgeführten Inokulationen an Tieren enunzierte, wiederholen: Immer dringender tritt an uns die Mahnung heran, Fragen, deren Beantwortung von größter Wichtigkeit, zu lösen, eine ganze Reihe solcher Fragen harrt einer endgültigen Lösung, Fragen, welche nur auf dem Wege systematischer und konsequent durchgeführter Versuche definitiv gelöst werden können. Fast in allen zivilisierten Staaten bewegt sich die Forschung im raschen Fortschritt auf dieser Bahn. Auf dem Gebiete der Syphilis bilden die Übertragung der Krankheit auf Affen und die biologische Erforschung des Erregers derselben, der Spirochaete pallida, den Hauptgegenstand des Studiums. Aber eine gedeihliche Arbeit ist nur möglich, wenn den Fachmännern die erforderlichen materiellen Mittel zur Verfügung stehen. In Frankreich ist das Institut Pasteur durch die private Munifizenz in den Stand gesetzt, die höchst kostspieligen experimentellen Untersuchungen an Affen durchzuführen. Im deutschen Reiche sollen 100.000 Mark ins Budget eingestellt sein und ein Institut zur Fortsetzung der Forschungen der Affensyphilis in Batavia errichtet werden, wohin demnächst auf Vorschlag Neissers ein Fachmann sich begeben dürfte. Mit einer Dotation, wie sie in anerkennenswerter Weise die Wiener kaiserliche Akademie der Wissenschaften bewilligte, ist die kostspielige, schwierige und komplizierte Frage unmöglich zu lösen.

(Schluß folgt.)

Die Tuberkulose in Stuttgart 1873—1902.

Ergebnisse der Untersuchungen einer vom Stuttgarter ärztlichen Vereine eingesetzten Kommission.

Bearbeitet von Dr. **Wilhelm Weinberg** in Stuttgart.

(Schluß.)

Die Sterblichkeit der schlecht situierten Gruppe betrug in Prozenten der gutsituierten Gruppen:



Tabelle M.

Alter in vollendeten Jahren	Für Kopenhagen		Für die Provinzialstädte	
	Bei den Männern	Bei den Frauen	Bei den Männern	Bei den Frauen
20—24	126	73	157	109
25—34	114	96	97	86
35—44	194	167	109	85
45—54	259	200	171	121
55—64	302	205	189	157
65—99	366	346	194	105

Die Unterschiede in der Sterblichkeit der sozialen Gruppen sind also bei den Männern durchweg größer als bei den Frauen.

Nach unseren Zahlen beträgt die Sterblichkeit der unteren sozialen Schicht C in Prozenten der Schichten A und B zusammen:

Alter in vollendeten Jahren	Prozent
20—29	109
30—39	188
40—49	248
50—59	295
60—69	354
70—99	(2420)

In allen Altersklassen ergibt unsere Statistik höhere Werte für den Unterschied der Tuberkulosesterblichkeit nach sozialen Schichten, obgleich diese bei näherer Untersuchung weniger scharf geschieden werden konnten als von Sörensen. Der wahre Einfluß der sozialen Stellung auf die Tuberkulosesterblichkeit muß daher noch als wesentlich größer, wenigstens für die jetzige Zeit, betrachtet werden.

Vergleicht man die Zahlen in Tabelle J für die eingetroffenen Todesfälle mit denen entsprechend der Tabelle H, so erhält man als ungefähr Tuberkulosesterblichkeit:

Tabelle N.

Alter in vollendeten Jahren	Für Kl. A. u. B.	Für Kl. C.
20—29	31·8	34·5
30—39	30·2	56·7
40—49	30·6	75·8
50—59	27·9	82·4
60—69	25·5	90·3
70—99	7·7	186·0

Die Zunahme der Tuberkulosesterblichkeit mit dem Alter fällt also lediglich auf die niederste soziale Schicht. Diese ist in den jugendlichen Klassen am stärksten vertreten. Die stärkere Vertretung der höheren sozialen Schichten in den höheren Altersklassen bewirkt, daß für die Gesamtheit der Bevölkerung die Tuberkulosesterblichkeit meist bis in das hohe Alter zunimmt.

Da für ein ganzes Land der Einfluß der höheren sozialen Schichten auf die Ziffer der Tuberkulosesterblichkeit geringer ist als für eine Großstadt, so ist damit der Unterschied in der Sterblichkeitskurve für Stuttgart und ganz Württemberg einigermaßen erklärt. Immerhin ist es fraglich, ob bei der ländlichen Bevölkerung die großen Sterblichkeitsziffern der höheren Altersklassen, namentlich bei der Frau, nicht durch ungenaue Diagnosen bedingt sind.

Besonders im Vergleich mit dem Krebs zeigt sich die Tuberkulose als eine exquisit soziale Krankheit. Ich berichtige an dieser Stelle das Referat des Herrn Kollegen Dr. Übelmesser[11]) dahin, daß die Übersterblichkeit der besser situierten

[11]) Siehe diese Zeitschrift 1904, S. 1027.

Klassen an Krebs nur eine scheinbare ist und sich nur bei Vernachlässigung des Einflusses des Alters ergibt. Bei Berücksichtigung des Alters verschwindet die Übersterblichkeit der höheren sozialen Klassen völlig. Die Untersuchungen von Sörensen bestätigen dieses Resultat vollständig. Ebenso die von Gollmer und Karup[12]) auf Grund des Materiales der Lebensversicherungsbank Gotha.

V.

Der Einfluß der Gebürtigkeit bei den Erwachsenen.

Die Volkszählung von 1900 ergab folgende Verteilung der in Stuttgart und auswärts geborenen Erwachsenen:

Tabelle O.

Alter in vollendeten Jahren	Männer geboren		Frauen geboren	
	in Stuttgart	auswärts	in Stuttgart	auswärts
20—29	5.006	17.262	6.402	16.644
30—39	2.376	11.018	3.084	8.452
40—49	1.644	6.910	1.842	7.463
50—59	1.082	5.290	1.675	6.517
60—69	634	2.562	979	3.597
70—99	338	949	587	1.639

Auf Grund dieser Daten wurde die erwartungsmäßige Verteilung der Todesfälle an Tuberkulose bei Orts- und Auswärtsgebürtigen berechnet; sie ist in Tabelle P mit den tatsächlich eingetroffenen Todesfällen verglichen.

den ortsgebürtigen Frauen etwa 1·5mal größer als bei den auswärts Geborenen, während nach dem 30. Lebensjahre eine Umkehr des Verhältnisses der Sterblichkeit eintritt.

In diesen Zahlen macht sich offenbar der starke Zufluß kräftiger Elemente vom Lande her geltend, namentlich bei den Männern. Wie weit bei dieser Auslese die Militärbevölkerung beteiligt ist, läßt sich leider nicht feststellen. Man darf auch an eine gewisse körperliche Degeneration der Stadtbevölkerung denken. Außerdem ist aber auch daran zu denken, daß von den Ledigen jugendlichen Alters, die in Stuttgart an Tuberkulose erkrankten, eine nicht geringe Anzahl in seine Heimat zurückkehren dürfte, um dort zu sterben, so daß die Sterbeziffer der Auswärtsgebürtigen im jugendlichen Alter zu gering erscheint.

Die höhere Sterblichkeit der Auswärtsgebürtigen nach dem 30. Lebensjahre dürfte mit deren durchschnittlich niederer sozialer Stellung zusammenhängen.

VI.

Weitere Ergebnisse.

Die weiteren Untersuchungen sind bis auf eine anderweit bereits ausführlich veröffentlicht worden. Über ihre Ergebnisse sei hier nur kurz berichtet.

Die Untersuchung des Einflusses des Familienstandes[13]) ergab bei den Männern eine Untersterblichkeit an Tuberkulose bei den Verheirateten, eine Übersterblichkeit bei den Ledigen und ganz besonders bei den verheiratet Gewesenen. Letzterer Umstand war auf eine Auslese zurückzuführen, indem sich zahlreiche Witwer wieder verheiraten und die gesundheitlich minderwertigen Witwer häufiger unverheiratet bleiben. Bei den Frauen ergab sich für Stuttgart eine Untersterblichkeit der ledigen im Vergleich zu den verheirateten Frauen und

Tabelle P. Erwartungsmäßige und eingetroffene Todesfälle in Stuttgart bei Ortsgebürtigen und Auswärtsgebürtigen.

Alter in vollendeten Jahren	Männer				Frauen			
	Ortsgebürtige		Auswärtsgebürtige		Ortsgebürtige		Auswärtsgebürtige	
	Erwartung	Erfahrung	Erwartung	Erfahrung	Erwartung	Erfahrung	Erwartung	Erfahrung
20—29	106·78	192	368·22	283	108·32	143	264·68	230
30—39	77·52	83	359·48	354	61·90	49	210·10	223
40—49	62·82	54	323·18	332	34·25	30	138·75	143
50—59	45·83	36	233·17	233	21·26	20	87·74	89
60—69	21·82	10	88·18	100	13·05	9	47·95	52
70—99	8·15	4	22·85	27	3·68	2	10·32	12
Insgesamt	322·62	379	1385·38	1329	242·46	253	759·54	749

Die Sterblichkeit der Ortsgebürtigen ist etwas größer, die der Auswärtsgebürtigen etwas kleiner als erwartungsmäßig, bei den Männern ist der Unterschied kleiner als bei den Frauen.

Dieser Unterschied kommt jedoch wesentlich auf Rechnung des dritten Lebensjahrzehntes. Hier beträgt die wesentliche Sterblichkeit an Tuberkulose in Prozenten der Erwartung:

	Männern %	Frauen %
Bei den ortsgebürtigen	180	132
„ „ auswärtsgebürtigen	74	87

Vom vierten Lebensjahrzehnt ab betragen die entsprechenden Zahlen:

	Männern %	Frauen %
Bei den ortsgebürtigen	83	84
„ „ auswärtsgebürtigen	103	104

Im dritten Lebensjahrzehnt ist also die Sterblichkeit an Tuberkulose bei den ortsgebürtigen Männern etwa 2·4mal, bei besonders den verheiratet Gewesenen. Die Untersterblichkeit der verheiratet Gewesenen ist aber bei den Frauen wesentlich geringer als bei den Männern. Eine Untersuchung des kombinierten Einflusses vom Familienstand und sozialer Stellung ergab namentlich bei den verheiratet gewesenen Männern eine große Übersterblichkeit an Tuberkulose. Bei der Untersuchung des kombinierten Einflusses von Gebürtigkeit und Familienstand ergab sich, daß die Übersterblichkeit der Ortsgebürtigen an Tuberkulose lediglich auf Rechnung der Ledigen kommt, während die verheirateten Ortsgebürtigen den verheirateten Auswärtsgebürtigen gegenüber eine Untersterblichkeit zeigen. Die Sterblichkeit der verheirateten Frauen ist auch im gebärfähigen Alter geringer gewesen als die der verheirateten Männer.

Ferner wurde der Einfluß von Schwangerschaft und Wochenbett untersucht.[14]) Hiebei ergab sich, daß die große

[12]) Gollmer und Karup, Die Sterblichkeit nach Todesursachen unter den Versicherten der Gothaer Lebensversicherungsbank. Jahrbuch für Nat. und Stat. N. F. 1890.

[13]) Weinberg, Tuberkulose und Familienstand (Centralblatt für allg. Gesundheitspflege. 1906. S. 85).

[14]) Weinberg, Die Beziehungen zwischen der Tuberkulose und Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Band V, Heft 3. 1906.

Weinberg, Lungenschwindsucht bei den Ehegatten. Ebenda. Band V, Kefi 4. 1906.

Sterblichkeit der ersten Wochenbettstage großenteils auf Rechnung der Unterbrechung der Schwangerschaft bei vorgerückter Tuberkulose kommt. Für die statistische Untersuchung muß die Zeit der Schwangerschaft bei lebensfähigem Kind mit der ersten Zeit des Wochenbettes zusammengefaßt werden, dann ergibt sich für diese Zeit eine Untersterblichkeit an Tuberkulose. Der schädliche Einfluß der Gravidität kommt erst in der späteren Zeit des Wochenbettes statistisch zum Ausdruck. Die innerhalb des letzten Lebensjahres und namentlich der letzten vier Wochen vor dem Tode geborenen Kinder der tuberkulösen Frauen haben eine äußerst hohe Sterblichkeit.

Der Einfluß des ehelichen Zusammenlebens mit einem Lungenschwindsüchtigen wurde zum erstenmale nach exakten statistischen Methoden untersucht; es ergab sich eine relativ stärkere Übersterblichkeit bei den Ehefrauen Schwindsüchtiger für alle sozialen Schichten.

Endlich wurde die Frage der Vererbung nach der von mir angegebenen und bereits auf den Krebs angewandten Methode[15]) untersucht. Es ergab sich ein stärkerer Einfluß der tuberkulösen Mütter auf die Tuberkulosesterblichkeit im jugendlichen Alter, während bei den Erwachsenen der Einfluß des Vaters stärker ist. Auch bei Anerkennung des großen Einflusses der Infektion kommt doch die erbliche Disposition statistisch zum Ausdruck. Hierauf ist insofern besonders Gewicht zu legen, als Martius[16]), ein bekannter Verfechter des Einflusses der konstitutionellen Disposition, auf die Statistik als Beweismittel verzichten zu müssen glaubte. Die betreffende Arbeit erscheint demnächst in Bruners: Beiträgen zur Klinik der Tuberkulose, Band VII.

Corrigenda.

Seite 49:

Tabelle I,	Spalte 4	unter	60—64	lies	1789	statt	1889
„ I,	„ 4	„	zusammen	„	79596	„	79686
„ I,	„ 7	„	35--39	„	5703	„	5708
„ I,	„ 7	„	zusammen	„	86334	„	86339

Tabelle B, Spalte 4, unter, an Lungentuberkulose lies 22·0 statt 22·2.

Tabelle B, Spalte 4, unter, an sonstiger Tuberkulose lies 4·9 statt 5·1.

Tabelle B, Spalte 4, unter, an Tuberkulose überhaupt lies 26·9 statt 27·3.

Tabelle B, Spalte 4, unter, mit unsicherer Diagnose lies 1·2 statt 1·4.

Tabelle B, Spalte 4, unter, an Tuberkulose einschließlich der unsicheren Fälle lies 28·1 statt 28·7.

Seite 50, Tabelle III, Spalte 60—69 lies:

An Lungenschwindsucht, Männer	34·1	statt	33·1
„ Tuberkulose überhaupt, „	38·3	„	37·2
„ Tuberkulose einschließlich unsicherer Fälle	45·3	„	43·9

II. Referate.

Glykosurie nach Kropfschwund. Kasuistische Mitteilung aus der Praxis. Von Geh. Sanitätsrat Dr. Boldt in Berlin.

In der Augustnummer 1906 der Therapie der Gegenwart ist in einer Abhandlung von Th. Brugsch über Pankreasdiabetes angeführt, daß das Pankreas nicht das einzige Regulativorgan für den Zuckerstoffwechsel ist. Külz zeigte durch seinen Schüler Falkenberg, daß nach der totalen Schilddrüsenexstirpation beim Hunde eine leichte, oft bis zum Tode der Versuchstiere anhaltende Glykosurie auftritt. Rahel Hirsch an der zweiten medizinischen Klinik konnte dasselbe feststellen und fand, daß diese Glykosurie durch Verabreichung von Schilddrüsentabletten geringer wurde. Diese Mitteilungen erregten umsomehr das Interesse des Autors, als er im Laufe dieses Jahres einen Fall beobachten konnte, in dem sich bei dem auffälligen Schwunde einer Struma durch Jodkali eine mäßige Glykosurie entwickelt hatte. Der Fall war folgender:

Herr H., 66 Jahre alt, ist mir seit längeren Jahren bekannt und noch im vergangenen Herbst an einem ziemlich hartnäckigen Bronchialkatarrh von mir behandelt worden. Er hat nach seiner Angabe seit seinem 20. Lebensjahr einen Kropf, der damals bei der Musterung festgestellt wurde, jedenfalls also schon vorher bestanden hat. Die Struma war besonders auf der rechten Seite hervortretend, weich und von solcher Größe, daß bei der Respiration ein deutlicher Stridor vorhanden war. Auf dem rechten Auge leidet er an Star und besucht seit Jahren zweimal im Jahre zur Revision einen Augenarzt. Bei der letzten Revision am 20. Jänner cr. konstatierte der Augenarzt an dem linken gesunden Auge eine Abduzensparese. Diese hatte dem Patienten keine Beschwerde gemacht, da er mit dem rechten kataraktösen Auge nichts sieht. Es wurde ihm Jodkali 10 ad 200, zweimal täglich ein Eßlöffel, verordnet. Davon nahm er drei Flaschen.

Am 18. März kam er in meine Sprechstunde mit der Klage über große Mattigkeit und Schwerzen in den Arm- und Beinmuskeln. Er habe etwa zehn Kilo abgenommen. Das Aussehen des Patienten war gegen früher frappierend. Früher ein leichtes Embonpoint und volles Gesicht, jetzt der Bauch geschwunden und die Backen tief eingefallen.

Die Untersuchung ergab nichts Besonderes. Augenfällig war nur, daß die Struma ganz bedeutend verkleinert war. Von Stridor war nicht mehr die Rede. Ich habe leider den Umfang des Halses vorher nicht gemessen, so daß die zahlenmäßige Verkleinerung nicht angegeben werden kann. Jedenfalls war sie aber so bedeutend, daß dem Patienten seine Krägen viel zu weit geworden waren. Die Harnuntersuchung ergab Zucker, bei genauer Untersuchung 1·2%. Selbstverständlich hatte mir der Patient von der Konsultation des Augenarztes erzählt. Es lag nahe, die ganze Veränderung in dem Zustande des Patienten auf den Gebrauch des Jodkali zurückzuführen. Ich verordnete ihm mäßige Diabetesdiät und schickte ihn mit dem Befunde zu seinem Augenarzt, der ihm nun Natr. salicyl. 5 ad 200, zweimal täglich einen Eßlöffel, verordnete.

Was den weiteren Verlauf betrifft, so nahm der Zuckergehalt bald ab, schwand aber nicht ganz, so daß die zeitweilig vorgenommene Untersuchung 0·2—0·1% ergab. Die Erholung des Patienten ging recht langsam vor sich, trotz möglichst guter Ernährung. Bei der Geringfügigkeit des Zuckergehaltes wurde von einer strengeren Diabetesdiät sehr bald abgesehen, nur beim Saccharin geblieben mit mäßiger Einschränkung der Kohlenhydrate. Im Juli kehrte Patient von einem Erholungsaufenthalt in Heringsdorf zurück und sah wesentlich frischer aus. Er hatte die letzten Wochen in Heringsdorf ganz wie früher gelebt, der Zuckergehalt war trotzdem niedrig geblieben. Am 27. August habe ich ihn zum letztenmal untersucht. Der geringe Zuckergehalt 0·1% war noch vorhanden, der Kräftezustand sehr gut; er hatte fünf Kilo zugenommen. Seine Struma war aber nicht gewachsen. Er erzählte mit Genugtuung, daß er Bergtouren in Thüringen, die er früher nur unter großen Atembeschwerden hätte ausführen können, mit Leichtigkeit gemacht habe. Die Abduzensparese bestand nach wie vor. (Deutsche medizin. Wochenschrift Nr. 2.)

*

Die Notwendigkeit der inneren Behandlung der Gonorrhoe. Von Dr. Arthur Coblenzer, Berlin.

Eine Warnung vor der Überschätzung der rein lokalen Gonorrhoe-Therapie und der Hinweis auf den Wert und die Notwendigkeit der inneren Behandlung des Trippers, den wir ja jetzt als eine häufig mit Bakterieämie einhergehende Infektionskrankheit kennen gelernt haben, könnte fast unnötig erscheinen, da wohl allgemein von nahezu allen anerkannten Spezialärzten der internen Medikation neben der Injektionstherapie der gebührende Platz eingeräumt wird. Gleichwohl ist es ein Verdienst des Verf., daß er diese auch für die allgemeine Praxis so überaus wichtige Frage eingehend beleuchtet und die hohe Bedeutung der inneren Gonorrhoe-Therapie an der Hand markanter Aussprüche der ersten Fach-

[15]) Weinberg, Pathologische Vererbung und genealogische Statistik. Deutsches Archiv für klin. Medizin. Bd. LXXVII, S. 521 ff.

[16]) Martius, Das Vererbungsproblem in der Pathologie. Berl. klin. Wochenschrift 1901.

autoritäten klargelegt hat. Zeissl, Finger, Kopp u. a. m. stehen ja ganz entschieden auf diesem Standpunkte. Das Resultat der Orientierung über den gegenwärtigen Stand der Frage ist: In keinem Falle darf auf die innere Behandlung verzichtet werden.

Den ersten Rang unter den inneren Antigonorrhoizis nimmt nach Verf. zweifellos das Arhovin (Chemisches Institut Dr. A. Horowitz, Berlin) ein, welches ganz frei ist von den bekannten unangenehmen Nebenwirkungen der Balsamikas. Arhovin ist völlig ungiftig, wird „stets gern genommen und ausnahmslos gut vertragen.“ Nie sind Magenstörungen beobachtet worden. Nierenreizung ist ausgeschlossen. Dabei wirkt es antiseptisch und speziell gonokokkenvernichtend, wie auch aus den von Piorkowski angestellten Versuchen hervorgeht. Alkalischer Urin wird bei Arhovingebrauch sauer.

Einige ausführlicher wiedergegebene Krankengeschichten erweisen klar den auf diesen Eigenschaften beruhenden vorzüglichen Einfluß des Arhovins auf den gonorrhoischen Prozeß. 3=6 Kapseln a 0·25 pro die bewirkten in allen Fällen von akuter Gonorrhoe (ant. u. post) rasches Schwinden der Schmerzen, Erleichterung des Urinierens, Nachlassen der Entzündungserscheinungen, Spärlicherwerden des Ausflusses und Verschwinden der Gonokokken im Sekret. Die Heilungsdauer wurde nicht unbeträchtlich verkürzt. In gleicher Weise ausgesprochen ist die Wirkung bei chronischer Gonorrhoe.

Erwähnt sei noch, daß auch die externe Anwendung des Arhovins bei Urethritis, Prostatitis chronica (neben dem inneren Gebrauch) und bei Fluor albus gonorrhoicus mit Erosionen der Portio sich dem Verf. gut bewährt hat.

Auf Grund seiner ausgedehnten Beobachtungen erklärt Verf. zum Schluß: „Ich halte danach das Arhovin für das beste innere Antigonorrhoikum, über das wir zur Zeit verfügen“. (Monatsschrift für Harnkrankheiten und Sex.-Hygiene Nr. 11, 1906.)

*

Über komplizierende hämorrhagische Diathesen bei Scharlach nebst einigen Bemerkungen zur Gelatinetherapie. Von Dr. Heinrich Klose.

Die lange Leidensgeschichte zeigt zunächst, wie sich an ein leichtes petechiöses Scharlachexanthem eine schubweise exazerbierende und remittierende hämorrhagische Diathese anschließt, die durch ihren exquisit chronischen Verlauf in bisher als gutartig bekannten Formen dem Organismus die Fähigkeit raubt, die infolge In- und Extensität der Blutungen gesetzten Alterationen zu regenerieren, so daß er an irreparablen Schädigungen zugrunde gehen muß. Aus den Modalitäten des Eintritts und der Reihenfolge dieser hämorrhagischen Affektionen ergibt sich einerseits die Berechtigung, sie in den fundierenden Begriff einer Scharlachkomplikation einzureihen, anderseits die symptomatologische Zusammengehörigkeit der essentiellen wie sekundären hämorrhagischen Diathesen überhaupt. Der Fall bot nacheinander sowohl die Erscheinungen der Purpura simplex und haemorrhagica dar, wie er in seinen lokalen Störungen dem Skorbut und in seinem Verhalten zur Außenwelt der Hämophilie gleichkam. Bleibt auf diesem Gebiete der Forschung noch ein weiter Spielraum gelassen, so kann mit dieser Entscheidung erst die richtige Fragestellung gegeben sein nach einer kausalen Therapie. Daß es sich bis jetzt nur um symptomatische Mittel handelt, davon überzeugt uns unser Fall nur allzu deutlich. Es lag nahe, zwei Mittel in Anwendung zu ziehen, deren Nutzen bei chirurgisch nicht angreifbaren Blutungen klinisch über jeden Zweifel erhaben ist: das Adrenalin, das wirlich ein neues, gutgekanntes Prinzip unter den vielen Varianten der bisherigen Grundsätze darstellt, und die Gelatine, jenes historisch interessante (Hecker), aus der Volksmedizin herübergenommene (Osiander), theoretisch so dürftig begründete (Dastre, Floresco, Petrone) Arzneimittel. Trotz der warmen Anpreisungen Déckers, Meesens und Oslers auch für die „purpura hémorrhagique“ schienen uns dem Adrenalin, als einem vorzugsweise lokal, auf die peripherischen Gefäße aber zu kurzdauernd wirkenden (zehn Minuten), erheblich den Blutdruck steigernden Mittel, theoretische Bedenken entgegen zu stehen, zumal eine Hypoglobulie unerwünscht war, die Gelatine jedoch empfahlen praktische Erfolge, „die unter allen nicht chirurgischen oder überhaupt unmittelbar auf die blutende Stelle anwendbaren Methoden keine kennen lehrten, die dem Gelatineverfahren in bezug auf Wirksamkeit an die Seite gestellt werden können“ (Curschmann). Nach einer von Arbogast aus der Literatur zusammengestellten Statistik über 13 Fälle von Melaena neonatorum wurde dank ihm die Mortalität dieser recht ernsten Erkrankung, die sich bisher zwischen 47·8—56·2 bewegte (Anders, Dasser, Rilliet-Barthez, Hollschmidt), auf 7·7 herabgedrückt.

Daß der symptomatische Effekt der Gelatinetherapie „wirklich glänzend“ ist, demonstriert auch unser einzig dastehender Fall.

Zur Evidenz ergibt sich die größere Zweckmäßigkeit der subkutanen Anwendung vor der stomachalen und wohl auch rektalen, wenn auch mit diesen nicht, wie ein Autor behauptet, ein „Schuß ins Blaue“ getan ist. Senator gibt sogar der Anwendung per os und rektum den Vorzug vor der subkutanen, denn er rühmt die Gelatine als guten Nährstoff, der zum Teil anderweitige stickstoffhaltige Nahrung ersetzen könne, leicht verdaulich und angenehm zu nehmen ist. Nimmt aber Carnot mit der Veränderung des Chlorkalziums, der nach Zibell in der Gelatine wirksamen Metallverbindung, durch den Magensaft zugleich den Verlust der hämostatischen Eigenschaft an, so erfordert periculum in mora stets außer den anderen Methoden noch die subkutane Injektion. Der Gelatine zur Last fallende Temperatursteigerungen, wie sie nach Lungenblutungen Tuberkulöser als unangenehme Beigabe durch Gebrauch lang sterilisierter Lösungen früher häufig waren, haben wir nie beobachtet. Immerhin lassen sich auch die schmerzhaften Hautschwellungen, die alle schwer resorbierbaren Flüssigkeiten begleiten, die damit gegebene Möglichkeit der Abszepierung, auf ein Minimum beschränken, wenn man als Injektionsort die Regio interaxillaris zwischen Linea axillaris anterior und posterior wählt, deren Haut weniger dick, leicht verschieblich, gut bindegewebig gepolstert, den resorbierenden Lymphdrüsen bequem und den irritierenden Händen des Kindes möglichst ungelegen ist. Seit Jahrzehnten nehmen wir hier die Seruminjektionen vor, ohne je trotz Mangel jedweden nachfolgenden Verbandes Unzuträglichkeiten erlebt zu haben, nur wird man bei Getatineinjektionen einen zweitägigen schmerzlindernden, resorptionsbefördernden Kompressionsverband mit 5%igem Liq. alumin. acetic. anlegen. Mit der ausnahmslosen streng aseptischen Anwendung der handlichen, nach Landmanns Prinzipien dargestellten 2 und 10%igen Merckschen Präparate ist auch die Gefahr des Tetanus, die bei der käuflichen Gelatine wie ein Schreckgespenst die nächsten fünf bis sieben Tage begleitete (Levy, Bruns), endgültig beseitigt. Kann die Klinik diesen Präparaten schon jetzt die wärmsten Empfehlungen bei inneren Blutungen jeder Art, auch im Kindesalter mit auf den Weg geben, so bleibt der Zukunft die exakte theoretisch-experimentelle Begründung ihrer Wirksamkeit vorbehalten. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51.)

III. Literatur.

Zeitschrift für Urologie. Herausgegeben von Casper, v. Frisch, Lohnstein, Oberländer, Posner und Zuckerkandl. Organ der deutschen Gesellschaft für Urologie, Band I, erstes Heft. Berlin-Leipzig bei Coblenz und Thieme, 1907.

Diese neue Zeitschrift ist die Fortsetzung des Zentralblattes für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane und der Monatsberichte für Urologie, welche sich jetzt anläßlich der Neugründung der deutschen Gesellschaft für Urologie zu einem Journale fusioniert haben. In der „Einführung“ wird hervorgehoben, daß die im Titelblatte genannten Herausgeber beabsichtigen, die Urologie im weitesten Sinne des

Wortes zu pflegen, das heißt alle einschlägigen Grenzgebiete, die Chirurgie, die innere Klinik, die Geschlechtskrankheiten, die gynäkologisch-pathologische Anatomie und Bakteriologie zu pflegen, und zwar entsprechend der bisherigen Gepflogenheit durch Originalarbeiten und möglichst eingehende Referate. Zu Ende des Jahres wird eine Bibliographie erscheinen. Wir sprechen der neuen Zeitschrift und ihren Begründern den Wunsch aus, daß ihnen der gedachte Zweck, nämlich die Popularisierung der Urologie zum Nutzen der gesamten medizinischen Wissenschaft, gelingen möge, und beginnen im nachfolgenden die Besprechung der ersten Heftes.

I. Über Cystitis glandularis und den Drüsenkrebs der Harnblase. Von Stoerk u. Zuckerkandl, Wien.

Unvollendet. Schluß folgt in Heft II.

II. Über die Verwendung des Nitzeschen Zystoskops in der luftgefüllten Blase der Frau. Von Stoeckel.

Beschreibung eines Verfahrens, das die Ableuchtung solcher Blasen ermöglichen will, die keine Flüssigkeit halten können, in erster Linie bei großen Blasenscheidenfisteln, die trotz Scheidentamponade der Fistel oder Einlegen eines Kolpeurynters eine exakte Untersuchung durch Abfließen der Flüssigkeit unmöglich machen, ferner bei Insuffizienz des Blasensphinkters, bei Tuberkulose usw. Statt der Wasserfüllung schlägt Verf. die Luftfüllung der Blase in Kniebrustlage durch Einführung eines urethroskopischen Tubus vor. Nach Entfernung des Obturators und Retraktion des Tubus bis zum Sphinkter fährt die Luft spontan in die Blase ein. Das hernach gewonnene zystoskopische Bild ist ebenso klar und scharf, nur begreiflicherweise umgekehrt. Die Luft kann auch in Rückenlage resp. in Beckenhochlagerung mittels einer Spritze eingepumpt werden. Ein wichtiges Postulat ist, daß die Untersuchung sehr rasch vonstatten geht, damit keine Verbrennung durch das Lämpchen des Zystoskops entstehe, wie ja überhaupt eine derartige Methode nur für den Geübten praktikabel ist. Therapeutisch können in die luftgefüllte Blase stärkere Lösungen von Ätzmitteln an eine bestimmte Stelle der Blasenschleimhaut unter zystoskopischer Kontrolle gebracht werden.

III. Die Barberiosche Reaktion auf Sperma. Von Posner.

Die von Barberio zu Ende des Jahres 1905 angegebene Reaktion besteht in der Einwirkung von Pikrinsäure auf Sperma, wodurch sich eine kristallinische Verbindung entwickelt, die sich unter dem Mikroskop in mandelförmiger, gekreuzter, gelber Form präsentiert. Verf. fragt nun, welcher Bestandteil des Spermas diese Reaktion liefert und ob dieselbe für den menschlichen Samen charakteristisch ist. Die erste Frage beantwortet sich durch die bereits entstandene Literatur und eigenen Untersuchungen von P. dahin, daß auch Azoosperum und Prostatasekret die Reaktion positiv ausfallen lassen, dieselbe daher von den Spermien unabhängig und an die von den Drüsen gelieferte Substanz gebunden ist. Inhalt von einer Spermatokele ergab keine Reaktion, ebensowenig die Ausbeute einer diagnostischen Hodenpunktion und frisch untersuchtes Hodengewebe. Dagegen ergibt Poehlsches Spermin positiven Ausfall der Reaktion, womit die zweite Frage bereits negativ beantwortet erscheint.

IV. Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen. Von Felix Schlagintweit.

Verf. verweist bisher auf 53 Fälle, die er mit der von Moszkowicz und Stegmann angegebenen Methode behandelt hat. Von diesen will er nur 30, die genauer kontrolliert wurden, gelten lassen. Beschreibung der Technik, des Reaktionsdranges, das ist 12—24 Stunden nach der Bestrahlung auftretender, ein bis zwei Tage anhaltender Harndrang, des Einflusses auf Prostatabeschwerden usw. Verf. nennt seine Erfolge nicht ermutigend, da nach einigen Monaten der Resturin in der Blase immer wieder in seinem ursprünglichen Quantum angesammelt bleibt, weshalb das Endziel der Therapie, die dauernde Beseitigung des Residualharnes, durch das Röntgenverfahren nicht erreicht wird. G.

„März“. Halbmonatsschrift für deutsche Kultur. Herausgeber: Ludwig Thoma, Hermann Hesse, Albert Langen, Kurt Aram. Zweites Februarheft 1907. Preis Mk. 1·20, im Abonnement das Quartal (6 Hefte Mk. 6.—. Verlag von Albert Langen in München.

Das vierte Heft des „März“ beweist aufs neue, daß wir es hier nicht mit einem Blatt, wie es viele gibt, zu tun haben, sondern daß diese Neugründung des Langenschen Verlages tatsächlich etwas Neues darstellt. Eine Revue von solcher Vielseitigkeit, Beweglichkeit und namentlich solcher Aktualität besonders auf dem Gebiete der Politik hatten wir in Deutschland bisher noch nicht. Heft 4 wird durch einen Aufsatz des französischen Sozialistenführers Jean Jaurès eingeleitet, der „Absolutismus oder parlamentarisches Regiment“ betitelt ist und sich mit dem Ausfall der deutschen Reichtagswahl beschäftigt. Der französische Genosse rät der deutschen Sozialdemokratie dringend einen energischen Bruch mit dem Zentrum und ein Zusammengehen mit der bürgerlichen Linken an. Von Ludwig Thoma bringt das Heft eine humorvolle Jugenderinnerung „Der westphälische Glaubensbote“, ferner den Schluß von Jakob Schaffners ausgezeichneter Erzählung „Der Altgeselle“ mit Bildern von Wilhelm Schulz, und schließlich die Fortsetzung des Romanes „Karl Asenkofer“ von Karl Borromäus. Sehr reich bestellt sind wieder die Rubriken „Rundschau“ und „Glossen“, die in knapper prägnanter Form aktuelle Fragen aus allen öffentlich interessierenden Gebieten behandeln. — Man sieht, eine Fülle von Lesestoff für verhältnismäßig sehr wenig Geld. Dabei ist das Niveau des Gebotenen erfreulich hoch. Ein Abonnement des „März“ kann dringend empfohlen werden.

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Sitzung vom 15. Februar 1907.

Hugo Leischner stellt ein zweijähriges Mädchen mit Poliomyelitis acuta anterior vor, bei dem auch die linken queren Bauchmuskeln partiell betroffen waren und weist auf diesen ziemlich seltenen Befund besonders hin.

Maximilian Sternberg hält umschriebene Bauchmuskellähmungen für nicht so selten. Er hat erst vor kurzem einen solchen Fall bei tuberkulöser Spondylitis beobachtet und durch die Obduktion verifizieren können.

Leischner erwidert, daß er hauptsächlich die Poliomyelitis acuta anterior im Auge gehabt habe, als er von der Seltenheit dieser Erscheinung sprach. Daß Bauchmuskellähmung auch bei anderen Nervenerkrankungen vorkomme, sei tatsächlich nicht selten.

Salomon Ehrmann, der vor kurzem vier Fälle, die zugleich mit Erscheinungen von Spätsyphilis auf der Haut ausgedehnte baumförmige und netzförmige, livide Zeichnungen darboten, vorstellte, zeigt einen analogen fünften Fall. Die lividen, baumförmigen Zeichnungen finden sich bei diesem Falle auf den Armen, in der Becken- und Schultergegend, ähnlich wie bei dem zuletzt vorgestellten Patienten, nur daß sie hier über den ganzen Körper ausgedehnt waren. Es besteht unzweifelhafte Lues; ob diese eine in frühester Kindheit akquirierte oder eine hereditäre ist, kann mit Sicherheit nicht entschieden werden, da keine manifesten Erscheinungen hereditärer Lues vorliegen. Jedenfalls handelt es sich um eine späte Form.

Otto v. Frisch stellt einen Fall von isolierter Fraktur eines Processus spinosus vertebralis vor.

Wilhelm Latzko demonstriert eine Patientin, die vor drei Monaten mit charakteristischer Osteomalazie an seiner Abteilung erschien. Unter Phosphortherapie trat rasche Besserung ein, so daß das Mädchen heute fast als gesund betrachtet werden kann. Er stellt diesen Fall nur deswegen vor, um im Anschlusse daran über Osteomalazietherapie einiges zu bemerken und um insbesonders gegen Bossi zu polemi-



sieren, der auf Grund eines Erfolges mit subkutanen Injektionen von Adrenalin bei Osteomalazie dieses Mittel geradezu als Spezifikum gegen diesen Krankheitsprozeß anpreist. Latzko kann sich dem Urteile Bossis nicht anschließen, im Gegenteil, er befürchtet schädliche Folgen, da nach dem Ergebnis der Tierversuche dem Gebrauch von Adrenalin gewisse Bedenken entgegenzubringen sind.

Theodor Escherich erinnert daran, daß Stöltzner vor mehreren Jahren die Theorie aufstellte, daß die Rachitis durch eine Funktionsstörung der Nebennieren verursacht sein könnte. Er versuchte damals ebenfalls das Adrenalin, doch ist schon seit mehreren Jahren von dieser Behandlung nicht mehr die Rede gewesen, so daß man annehmen muß, daß der Autor selbst dieselbe aufgegeben hat.

Arthur Biedl weist auf Tierversuche hin, die ergeben haben, daß bei fortgesetzter Einverleibung der wirksamen Substanz der Nebennieren in geringen Dosen eine zunehmende Abmagerung und der Tod der Versuchstiere zu beobachten war. Er könne die Kritik Latzkos als vollkommen berechtigt erklären.

Karl Franz demonstriert zwei große Nierensteine. Beide Steine sind mäßig harter Konsistenz, an der Oberfläche etwas rauh, bräunlich, vom veränderten Blutfarbstoff verfärbt; sie bestehen aus kohlensaurem Kalk, phosphorsaurer Magnesia und phosphorsaurem Kalk. Der kleinere der beiden Steine wurde durchgesägt und es zeigte sich, daß auch die zentralen Schichten dieselbe chemische Beschaffenheit haben. Auffallend war, daß die Steine in den Nieren während der letzten acht Jahre keine wesentlicheren Schmerzen verursachten, umsomehr, als Pat. fast täglich geritten ist und auch durch Ausübung anderen Sportes den Körper heftigeren Erschütterungen aussetzte. Im Anschlusse daran bemerkt Kapsammer, daß im allgemeinen kein direkter Zusammenhang zwischen der Größe von Nierensteinen und den durch dieselben verursachten Schmerzen bestehe, im Gegenteil eher das Verhältnis einer umgekehrten Proportion zum Ausdruck komme; fest eingekeilte Steine bestehen oft lange Zeit ohne Beschwerden, während ganz kleine Konkremente wegen ihrer freien Beweglichkeit häufig zum Ureterverschluß führen und auf diese Weise die unerträglichsten Schmerzanfälle verursachen.

Ludwig Hofbauer spricht über Herzmuskelkraft und Kreislauf. Die von Homberger auf dem vorjährigen Balneologenkongreß aufgestellte These, daß der Herzmuskel weitaus zu wenig Kraft besitze, um allein die Blutzirkulation zu besorgen, wurde schon vor ihm von mehreren Autoren (Mendelsohn, Diesterweg, Rosenbach) durch andere Beweise gestützt, sie ist sicher als richtig anzunehmen. Die Supposition Hombergers aber, daß die Saugkraft des Herzens hier als Auxiliärkraft eintrete, ist nicht mehr zu halten, seitdem im Anschluß an Gerhards Untersuchungen, welche sie schon unwahrscheinlich gemacht hatte, v. d. Velden ihre Unhaltbarkeit erwiesen hat. Die vom Verfasser in so vielen Fällen ganz typisch immer wieder gesehenen Veränderungen der Herzschattengröße bei tiefer Atmung hingegen scheint berufen, hier Aufklärung zu schaffen. Bei tiefer Einatmung wird nämlich der Herzschatten immer wesentlich größer, bei tiefer Ausatmung wesentlich kleiner. Diese Größenschwankungen sind weitaus beträchtlicher, als die durch die Herzkontraktionen bedingten. Diese konstanten Erscheinungen stimmen mit den Erfahrungen am Versuchstier, dessen Blutdruckkurve neben den kleinen, den Herzkontraktionen synchronen Oszillationen weitaus mächtigere zeigt, welche den Atmungsphasen entsprechen. Ledderhose fand, daß die Venen entsprechend der Atmung kollabieren, resp. sich füllen. Wenn trotzdem bislang der Einfluß der Atmung auf die Zirkulation unterschätzt wurde, so hängt dies wohl damit zusammen, daß beim Menschen die Venen des Unterkörpers bei Einatmung anschwellen, die des Oberkörpers hingegen abschwellen. Bei der Ausatmung umgekehrt. Man glaubte daher (Marey, Mosso), daß sich diese entgegengesetzten Wirkungen gegenseitig aufheben. In Wirklichkeit ist aber dem nicht so, vielmehr wird dadurch nur der Blutzulauf zum Herzen geregelt, die Blutbewegung in den einzelnen Teilen nichts weniger als behindert. Der hiebei in Wirksamkeit tretende Mechanismus gestaltet sich nach Hasse so, daß das Blut der oberen Körperhälfte während der Inspiration dem Herzen zuströmt, von der vena cava inf. aber nur das in ihrem lacus (der Erweiterung ihres oberen Anteiles) befindliche Blut abgesogen wird, das Blut jedoch, welches unterhalb desselben sich befindet, infolge einer Knickung nicht ins Herz gelangen kann. Erst während der Exstirpation hört diese Knickung auf, das Blut kann in den lakus einfließen. Es entsteht dermaßen ein gleichmäßiges Fließen des Blutes von der Peripherie zum Herzen, veranlaßt durch die Atembewegungen. Unterstützt wird diese Blutbewegung durch den bei der Inspiration noch gesteigerten, im Thorax negativ befindlichen Druck. Die Auffassung von der zirkulatorischen Leistung der Zirkulationsorgane läßt eine Reihe bisher unbeantworteter Fragen leicht beantworten, z. B. die nach der Ursache der kardialen Orthopnoe. Letztere wurde bislang erklärt als Folge der in Sitzen erleichterten respiratorischen Tätigkeit. Daß dies nicht statthat, beweist schon der Umstand, daß viele Patienten tagsüber im Bette liegen können nud nur bei Nacht Orthopnoe bekommen. Verfassers Untersuchungen für die pleurale Orthopnoe ergaben, daß für die Orthopnoe nicht die im Sitzen verbesserte Ventilationsfähigkeit der Lunge, sondern lediglich eine im Sitzen und Stehen auftretende stärkere Spannung der Lunge verantwortlich zu machen sei (dadurch bedingt, daß das Zwerchfell mehr kaudalwärts tritt und die Lunge passiv dehnt). Dadurch wird die elastische Kraft der Lunge gesteigert, der dadurch veranlaßte negative Druck im Thorax erhöht und so einerseits die die Expirationskraft fördernde elastische Kraft der Lungen vermehrt, so daß der Pleuritiker nicht mehr Auxiliärmuskeln für die bei dieser Krankheit allein geschädigte Exstirpation braucht und andererseits der Herzkranke eine verstärkte Aussaugung des Blutes, mithin eine Förderung seiner geschädigten Zirkulationsverhältnisse erzielt. Ebenso erklären sich durch Berücksichtigung der Atmung als Auxiliärkraft für die Zirkulationskraft alle die früher angeschnittenen offenen Fragen. Es wird durch die Berücksichtigung dieser zirkulatorischen Kraft der Respirationsorgane in der Klinik eine wesentliche Vereinfachung für die Beantwortung vieler Fragen sich ergeben.

In der Diskussion bemerkt Biedl, daß er der Meinung Hofbauers entgegentreten müsse, daß derselbe viele neue Tatsachen und aus den bekannten Erfahrungen bisher nicht abgeleitete neue Schlußfolgerungen mitgeteilt habe. Dies sei durchaus nicht der Fall. Es sei nicht neu, daß das Herz in gewissen Phasen der Respiration sein Volumen verändert, neu ist höchstens die radiologische Feststellung dieser bekannten Tatsache. Ebenso wenig, wenn Hofbauer behauptet, daß bei der kardialen Dyspnoe die Vertiefung der Respiration zur Besserung der Zirkulation verhilft.

Hofbauer tritt den Ausführungen Biedls entgegen und betont, daß sowohl die von ihm mitgeteilten Versuchsresultate als auch die daraus gezogenen Schlüsse vollkommen neu seien. Neu sei und bislang nirgends beschrieben die radiologisch nachweisbare Verbreiterung des Herzschattens bei der Inspiration, Verkleinerung bei der Exstirpation. Neu sei die Feststellung, daß das Zwerchfell bei Lageänderung des Patienten so wesentliche Änderungen seines Standes aufweist. Neu sei, daß eben dadurch seine Exkursionsbreite so wesentlich verändert wird. Neu sei ferner die von ihm gegebene Erklärung für die Pathogenese der kardialen Orthopnoe.

Michael Großmann hebt gegenüber Hofbauer hervor, daß die inspiratorische Vergrößerung des Herzens eine längst bekannte und zweifellos festgestellte Tatsache sei. Das Röntgenbild hat die Richtigkeit derselben — wie dies von vornherein zu erwarten war — bestätigt, aber nichts neues gelehrt. Weiters tritt er den Anschauungen Hofbauers über das Entstehen der Orthopnoe, Dyspnoe, kardialen Dyspnoe entgegen und weist auf die seinerzeitigen experimentellen Unter-



suchungen Baschs hin, die mit den Anschauungen Hofbauers im Widerspruch stehen.

Hofbauer weist im Schlußworte darauf hin, daß er schon vor Jahren sich über die Baschsche Lehre ausgesprochen habe und bemerkt nur kurz hiezu, daß selbst bei Annahme der Großmannschen Hypothesen sich absolut nicht erklären läßt, warum die von ihm postulierte, beim Liegen auftretende stärkere Blutstauung in den Lungen am Tage anstandslos vertragen wird, während sie bei Nacht die Erscheinungen schwerster Atemnot auslöst. Hingegen lasse sich im Rahmen der von ihm gegebenen Erklärung diese Erscheinung überaus leicht verstehen. Am Tage hilft der Patient durch die Aktion der auxiliären Exspirationsmuskeln den insuffizienten elastischen Exspirationskräften nach. Es kommt daher zu genügenden respiratorischen Leistungen. Bei Nacht hingegen muß der Einfluß der Hirnrinde und mithin auch die Aktion der unter der Herrschaft der Hirnrinde stehenden Hilfsmuskel wegfallen. Der Patient muß seine exspiratorischen Kräfte steigern, durch eine Steigerung von seiten automatisch wirkender Kräfte nachhelfen. Er tut dies dadurch, daß er sich aufsetzt und dadurch eine Steigerung der elastischen, also automatisch wirkenden Kräfte hervorruft. *i. m.*

V. Aus der Praxis.

Eine neue Reaktion auf freie Salzsäure im Mageninhalte. Dr. Friedrich Simon schreibt in der Berliner klinischen Wochenschrift Nr. 44, 1906:

Für den Nachweis „okkulter“ Magen- und Darmblutungen, die durch die Publikationen von Ewald, Boas u. a. eine ihrer diagnostischen Bedeutung entsprechende Würdigung gefunden haben, hat sich in der Praxis besonders die Probe mit Guajakharz resp. mit Aloin bewährt. Wesentlich für diese Reaktion ist die Eigenschaft der beiden Substanzen, bei Anwesenheit von Blutfarbstoff durch hinzugefügtes (verharztes) Terpentinöl oder Wasserstoffsuperoxyd oxydiert zu werden und charakterische blaue, bezw. rote Farbstoffe (Guajakonsäureozonid resp. Aloinrot) zu liefern, aber auch bei völligem Fehlen von Blutfarbstoff gelingt es leicht, in den Lösungen des Guajakharzes oder Aloins durch geeignete Oxydationsmittel die charakteristischen Färbungen zu erzeugen. Als derartige Oxydationsmittel seien z. B. Chlor, Chromsäure und salpetrige Säure genannt. Vornehmlich die Fähigkeit der salpetrigen Säure, alkoholische Guajakharzlösungen zu bläuen, läßt sich benutzen, um in einfacher und prägnanter Weise geringe Mengen freier Säuren, besonders minimale Quantitäten freier Salzsäure im Mageninhalte nachzuweisen.

Zu diesem Behufe löst man zunächst eine kleine Messerspitze reinen, trockenen, gepulverten Guajakharzes in etwa 5 cm^3 der folgenden Mischung:

Spiritus Aetheris nitrosi 10·0
Spiritus vini 40·0.

Einige Kubikzentimeter dieser (für eine Serie von Reaktionen immer frisch zu bereitenden) Lösung schichtet man in einem Reagenzglase über etwa 5 cm^3 des filtrierten Mageninhaltes. An der Grenze beider Flüssigkeiten bildet sich durch Ausfällung des Harzes sofort ein grauweißer Ring, der — bei positivem Ausfall der Probe, d. h. bei Anwesenheit freier Salzsäure — nach einigen Sekunden eine deutlich blaue (bei minimalen Salzsäuremengen deutlich grüne) Färbung annimmt. Vorsichtiges Erwärmen des Glases über kleiner Flamme beschleunigt das Auftreten der Blaufärbung, ist aber nur ganz ausnahmsweise erforderlich.

Der Ablauf der Reaktion vollzieht sich so, daß die freie Salzsäure des Mageninhaltes zunächst aus dem im Spiritus Aetheris nitrosi enthaltenen Äthylnitrit ($C_2H_5NO_2$) salpetrige Säure freimacht, die dann ihrerseits das Guajakharz zu blauem Guajakonsäureozonid oxydiert. Allerdings sind auch organische Säuren und besonders Milchsäure imstande, aus Äthylnitrit salpetrige Säure abzuscheiden und so einen positiven Ausfall der Probe zu bewirken — aber erst bei einem Milchsäuregehalt von über 1·25%. Da aber so hohe Konzentrationen von



Milchsäure im Mageninhalte nicht vorkommen können, muß ein positiver Ausfall der Reaktion (d. h. deutliche Blaufärbung bezw. Grünfärbung des Harzringes) bei Mageninhaltsuntersuchungen stets auf Anwesenheit freier Salzsäure bezogen werden.

Die Empfindlichkeit der Reaktion gegen freie Salzsäure reicht für die gewöhnlichen Aufgaben der klinischen Diagnostik völlig aus und steht der unserer besten Salzsäureproben in keiner Weise nach. Mageninhaltsfiltrate, bei denen die Günzburgsche Reaktion gerade noch schwach angedeutet war, ergaben einen deutlich positiven Ausfall der neuen Reaktion.

VI. Notizen.

Defizit im Wiener Krankenhausfond. (Ein Interview): „Die Folgen der Lebensmittelteuerung machen sich beim Krankenanstaltenfonds, der die Kosten für die Spitäler zu bestreiten hat, in der traurigsten Weise fühlbar. Wir haben zwar für zahlreiche Bedarfsartikel mit unseren Lieferanten langfristige Verträge geschlossen, durch die uns das Recht eingeräumt wurde, diese Artikel zu den alten, niedrigen Preisen zu beziehen. Aus Billigkeitsrücksichten mußte sich die Verwaltung des Fonds jedoch entschließen, ihren Kontrahenten trotz dieser Verträge erhöhte Preise zuzugestehen, da ein öffentliches Institut doch unmöglich auf dem Standpunkte stehen kann, daß seine Lieferanten durch die Verbindung mit ihm zu Schaden kommen sollen. So mußten wir einer Kongregation, die in einem Spital die Verköstigung der Patienten und des Personals übernommen hat, eine bedeutende Zulage gewähren, wenn wir nicht die Gefahr heraufbeschwören wollten, daß Klagen über minderwertige Kost laut werden. Die Lebensmittelteuerung macht sich jedoch auch noch in einer anderen Weise bemerkbar. Mit dieser Tatsache motivieren nämlich die Beamten der Krankenanstalten, die Hilfsärzteschaft und die Diener ihre Forderungen nach einer Erhöhung der Bezüge, und daß diese Frage bereits in ein ernstes Stadium getreten ist, ist ja bekannt. An allen Ecken und Enden sind also Ausgaben erhöht, die Einnahmen bleiben jedoch stets gleich, und ich verrate kein Geheimnis, wenn ich mitteile, daß wir vor dem drohenden Defizit stehen. Der Voranschlag für das Jahr 1907 schließt mit einem Defizit von 300.000 Kronen. Wir hoffen allerdings, dieses Defizit durch Kassenbestände decken zu können. Einen größeren Betrag auf diese Art zu beschaffen, ist aber völlig ausgeschlossen, und so kommt es, daß wir in den Voranschlag für das Jahr 1907 nicht einen Heller für Investitionen, Herstellungen und Adaptierungen einsetzen konnten, ein Fall, der bisher noch nie eingetreten war. Diese Investitionen in Neubauten wären absolut notwendig, wir mußten auf sie jedoch — schweren Herzens — verzichten, wenn wir nur halbwegs das budgetäre Gleichgewicht erhalten wollten. Die Erweiterung der Küche im Allgemeinen Krankenhause, die Herstellung einzelner Baracken, die Erweiterung der Operationsräume, die Schaffung von Kühlräumen, die Herstellung von Personenaufzügen, die Adaptierung von Prosekturen, all dies mußte aufgeschoben werden, weil wir kein Geld haben. Die Kosten für diese Bauten würden sich auf 910.000 Kronen belaufen. Diese Zustände sind jedoch auf die Dauer unhaltbar, wenn wir unsere Kliniken wissenschaftlich nicht gefährden, wenn wir es nicht riskieren wollen, daß einzelne Gebäude, deren baulicher Zustand jetzt bereits manches zu wünschen übrig läßt, einstürzen. Diese Zustände bereiten uns begreiflicherweise lebhafte Sorge und es muß ernstlich daran gedacht werden, dem Krankenanstaltenfonds neue Einnahmsquellen zu verschaffen. Hervorheben will ich, daß dabei eine Erhöhung der Verpflegsgebühren in den Spitälern nicht in Betracht gezogen, wie denn überhaupt alles aufgeboten wird, um die armen Kranken die herrschende Lebensmittelteuerung nicht verspüren zu lassen. Dieses Ziel wird auch erreicht und die Zurückstellung der früher erwähnten Investitionen ist eben darauf zurückzuführen, daß wir, was nur selbstverständlich ist, trotz der Teuerung den Patienten die bisherige Wartung und Verpflegung zuteil werden lassen.“ (N. Wr. Tgbl.)

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch - Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor
Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1905 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—;** nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—.**

Die Administration des
Medicinisch-chirurgischen Central-Blatt.

Telephon 22152. **Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.**

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
o. ö. Universitätsprofessor Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 11. Wien, 16. März 1907. Nr. 11.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Fortschritte auf dem Gebiete der Syphilidologie.

Von Dr. S. Löw.

(Schluß.)

In einer Sache, welche die Volksgesundheit und das volkswirtschaftliche Interesse in so enormen und immer steigendem Maße trifft, sollten die erforderlichen Mittel vom Staate der Forschung zur Verfügung gestellt werden. So groß sie auch scheinen mögen, sind sie doch gering im Vergleich zu den durch die Krankheit erwachsenden Verlusten, welche mit den kranken Individuen den Gemeinden, dem Lande und dem Staate erwachsen. Es ist auch sehr zu beachten, daß die Überzahl der Syphilitischen in die Altersperiode von 19 bis 45 Jahren fällt, wo der Mensch, ob er nun physisch oder geistig arbeitet, am leistungsfähigsten ist und daß durch die Krankheit sehr oft die Leistungsfähigkeit für das ganze Leben herabgesetzt wird. Wie an der Bekämpfung der Tuberkulose die Gesellschaft sich beteiligt, sollte sie auch dies bei der Syphilis tun, denn diese ist eine nicht minder gefährliche Krankheit und nicht um viel weniger verbreitet als jene. Sie tötet die Kinder im Mutterleibe, oder bald früher, bald später nach der Geburt und wenn sie beim Leben bleiben, sind sie häufig genug physisch und geistig minderwertig. So untergräbt sie die Zukunft des Individuums, der Familien, führt zur Depravierung der Generationen und Völker. Hier Wandel zum Besseren schaffen, würde nicht bloß unserer Schule, welche bislang als erste der Welt galt, neuen Ruhm verschaffen, sondern dem Volke, dem Staate und der ganzen Menschheit zum Heil und Wohl gereichen.

Mit diesen humanen Worten schließt Neumann gleichsam sein großes Lebenswerk ab.

Mit demselben Gegenstande befaßt sich Doz. C. Bruhns in der „Berliner klin. Wochenschrift“; er berichtet über „Praktische Ergebnisse auf dem Gebiete der Syphilidologie“, kommt aber teilweise zu anderen Ergebnissen als Neumann. Vor allem referiert er eingehend über die groß angelegten Versuche Neissers. N. gibt an, daß sich seine Impfungen über 900 Affen erstreckten. Höhere Affen waren mehr empfänglich als niedere. Die höheren sind an allen Körperstellen infizierbar und bekommen oft richtige sekundäre Erscheinungen. Bei den niederen ist man mehr darauf angewiesen, gewisse Prädilektionsstellen, besonders Augenbrauen und Genitalien zur Impfung zu bevorzugen; sie zeigen im allgemeinen keine oder nur vereinzelte Sekundärerscheinungen. Im Verlaufe der Experimente wurde auch geprüft, wie lange das Syphilisvirus am Orte der Impfung liegen blieb, d. h. nach welcher Zeit es noch gelingt, durch Ekzision der Impfstelle ein Haften der Syphilis zu verhindern. Es zeigte sich, daß eine Exzision schon 8 Stunden nach erfolgter Impfung die Haftung der Lues nicht vorzubeugen vermochte, die Exzisionsnarbe indurierte nach einigen Wochen typisch. Versuche, die Entwicklung des Primäraffektes und die Verallgemeinerung des Giftes durch gleichzeitige Zufuhr von Quecksilber zu verhindern, verliefen negativ. Alle auf Immunisierungsversuche hinzielenden Untersuchungen, speziell die Versuche durch Tierpassage, ein abgeschwächtes Gift zu erhalten, gelangen leider bisher nicht. Auf unverletzter Haut und Schleimhaut konnte er nie Lues erzeugen. Auch durch Überimpfung von Gummen konnten beim Affen typische Primäraffekte erzeugt werden, nur mußten die noch nicht durch Nekrose oder Vereiterung zerstörten Teile der Gummen zur Inokulation verwendet werden. Es zeigte sich ferner, daß das Virus der kongenitalen Lues verimpfbar ist.

Die Reinokulation schon früher geimpfter Tiere mit neuem Syphilismaterial, auf deren Möglichkeit besonders Finger hingewiesen hat, gelang auch Neisser wiederholt. Von Präventivversuchen, die bezweckten, das inokulierte Luesgift durch Einreibung von medikamentösen Stoffen kurz nach der Einimpfung wieder abzutöten, sah Neisser neuerdings verschieden ausfallende Resultate. Versuche mit Acid. carbolicum, mit 2—3 prom. Sublimatlösung waren positiv; schwächere Sublimatlösungen, ferner die von Metschnikoff und Roux vorgeschlagene Kalomelsalbe (in 10%iger Konzentration), von Neisser angewendet, Ung. cin. usw. ergaben unregelmäßige oder negative Resultate. Leider sind die Aussichten, ein Immunisierungsverfahren zu finden, auch nach Neissers neuesten Erfahrungen noch ganz negativ, und damit stimmen auch die Ergebnisse Fingers überein.

Metschnikoff und Roux, die ja den Anstoß zu allen Impfexperimenten der letzten Jahre gaben, haben gleichfalls ihre Untersuchungen weiter verfolgt. In erster Linie versuchten sie (cf. Med. Klinik, 1906, Nr. 15 und Bericht auf dem Berner Dermatologenkongreß 1906) ein gegen die Lues wirksames Serum zu gewinnen, aber bisher ohne deutlichen Erfolg, obgleich die Autoren anfangs glaubten, bei der Tierpassage des Virus durch niedere Affen eine gewisse Abschwächung zu konstatieren, eine Beobachtung, die andere Autoren, wie Finger und Neisser, nicht machen konnten. Metschnikoff und



Roux glaubten, daß, selbst wenn es gelänge, ein Schutzserum gegen Syphilis zu finden, der prophylaktischen Anwendung wohl deshalb große Schwierigkeiten im Wege stehen würden, weil solche Sera wahrscheinlich immer nur für kurze Zeit, höchstens für einige Wochen, wirksam sein würden, so daß dann die betreffende Person immer in Abständen von 2 bis 3 Wochen von neuem geimpft werden müßte, um einen Schutz zu erzielen. Bei zwei Überimpfungen von Luesgift, das jedesmal durch eine Anzahl von Affen gegangen war, auf Menschen, wurden bei letzteren nur wenig ausgesprochene Impfeffekte erzeugt, die von keinen Allgemeinerscheinungen gefolgt waren, es konnten aber von ihnen bei Affen wieder typische Primäraffekte hervorgerufen werden. Demnach ist vielleicht der Mensch für das Affenvirus weniger empfänglich.

Sehr viel aber versprechen sich Metschnikoff und Roux von der Anwendung einer 25%igen Kalomelsalbe als Präventivmittel. Bei Einreibung dieser Salbe am Orte der Inokulation des Giftes kurz nach der Impfung konnten die Verf. die Entstehung eines Primäraffektes verhindern. Sie hatten auch Gelegenheit, die Kalomelsalbe in einem Fall am Menschen zu erproben: Einem Studenten wurde das Virus von zwei mit Primäraffekt behafteten Patienten eingeimpft und die Salbe (Kalomel 10, Lanolin 30) eine Stunde nach der Impfung eingerieben. Zur Kontrolle wurden mit dem gleichen Gift vier Affen geimpft, bei dem einen die Kalomelsalbe eine Stunde nach der Impfung, bei dem zweiten 20 Stunden nach der Inokulation appliziert, die anderen beiden Affen wurden nicht behandelt. Bei dem Studenten und dem ersten Affen entwickelte sich keine Lues, bei dem zweiten Affen trat nach 39 Tagen, bei den letzten beiden Affen schon nach 17 Tagen ein typischer Primäraffekt auf. Doch wird die Wirksamkeit dieser Kalomelsalbe von Gaucher und anderen Autoren stark angezweifelt und den Versuchen Metschnikoffs, die ja vereinzelt seien, kein Wert beigelegt.

Endlich führt B. noch an, daß, wie Neisser, Finger und Landsteiner u. a., auch R. Kraus und Volk bei niederen Affen mit Syphilisgift Super- resp. Reinfektionen erzeugen konnten, sowohl vor Auftreten des Primäraffektes wie auch bei schon bestehender Impfsklerose. Die Verf. sahen durch subkutane Impfung syphilitischen Materiales keine Immunität gegen neue Impfung auftreten. — Anschließend erwähnt Kraus, daß er bei einem Makakus 8 Wochen nach Beginn des Primäraffektes papulöse Effloreszenzen der Haut, Plaques im Munde und regionäre Drüsenschwellung beobachtete (kein Spirochätennachweis).

Spitzer hat schon vor einem Jahre und auch neuerdings wieder versucht, durch subkutane Injektion von Sklerosenextrakt bei frisch infizierten Luetikern den Verlauf der Syphilis zu beeinflussen. Er hat nach seinen Angaben in 7 unter 20 Fällen beobachtet, daß die so behandelten Kranken während genügend langer Kontrolle frei von Sekundärsymptomen geblieben seien. Immerhin können wohl erst größere Beobachtungsreihen hier sicheren Aufschluß geben. Ähnliche Versuche Volks fielen negativ aus.

Nun beleuchtet Bruhns die theoretischen Ergebnisse auf ihre Beziehungen zur Praxis. Mit voller Sicherheit hat es sich nun ergeben, daß wir in der Tat im Affen ein außerordentlich brauchbares Versuchstier zur Erzeugung experimenteller Syphilis besitzen. Und wie schon Roux und Metschnikoff, so konnten auch nach ihnen alle anderen Untersucher konstatieren: Nicht nur die außerordentlich schwer zu beschaffenden und kostspieligen anthropomorphen Affen, sondern auch die niederen Affen sind vollkommen verwendbar. Wir können heute sagen, daß der positive Impferfolg beim Affen absolut beweisend ist für die syphilitische Natur des verimpften Materials, vorausgesetzt natürlich, daß der erst nach gewisser Inkubationszeit aufgetretene Impfeffekt verifiziert werden kann durch Spirochätennachweis oder weitere typisch verlaufende Überimpfbarkeit auf andere Affen. Bei richtiger Technik haftet das Luesgift auch ziemlich leicht auf Affen, niederen wie höheren, so daß verhältnismäßig selten bei Verwendung wirklich virulenten Impfmaterials das Impfresultat ein negatives sein wird. Immerhin ist das Ausbleiben des Impferfolges natürlich nicht als Beweis in negativer Richtung zu verwerten, ganz besonders eben dann nicht, wenn nicht vollvirulente Produkte zur Verimpfung gelangten.

Jedenfalls sind zur Erschließung vieler Fragen noch eine große Zahl von Impfungen nötig. Und hierin liegt der Wert des in so großem Maßstabe ausgeführten Neisserschen Unternehmens. Mit Recht betont Neisser, daß zur Entscheidung dieser Fragen es nicht genügt, wenn einzelne Male ein positiver Erfolg, und noch viel weniger, wenn einzelne negative Resultate erzielt werden. Wenn auch für gewisse Punkte die Impfungen an einem kleineren Tiermaterial die wichtigsten Aufschlüsse geben können — ich brauche ja nur an die außerordentlich interessanten Ergebnisse der Finger-Landsteinerschen

Feuilleton.

Die Auspizien des Jahres 1907.

Von **Dr. Friedrich Janeczek.**

Im Herbste des Jahres 1903 fand in Wien die Konstituierung der „Freien Organisation der Gemeindeärzte Niederösterreichs“ statt. Es war dies die erste derartige Vereinigung der Ärzte in Österreich überhaupt, eine Vereinigung, die sich nicht nur dem Namen nach, sondern auch ihrem Wesen nach von allen anderen vorherigen und nachherigen Ärztevereinigungen ganz bedeutend unterschied. Daß die Idee dieser Gründung aber eine fruchtbare, eine zweckentsprechende war, das bedarf weiter keines Beweises. Es genügt, wenn wir darauf hinweisen, daß heute, also nach etwas mehr als drei Jahren, bereits 18 derartige ärztliche Organisationen im Reiche bestehen, die in ihrem Wesen aufs Haar der ersten niederösterreichischen Organisation gleichen. Wir Ärzte haben eben spät, aber doch endlich einmal einsehen gelernt, daß wir, wenn wir für unseren Stand etwas tun wollen, alle anderen Momente, wie politische, nationale, konfessionelle und andere Gegensätze beiseite lassen müssen, um mit vereinten Kräften, durch die Zusammenarbeit aller Kollegen, lediglich Standesinteressen vertreten und erkämpfen zu können. Den glänzendsten Beweis hiefür bietet das Zustandekommen einer Wiener Organisation — man beachte nur, was es heißt, die Wiener Ärzte haben sich organisiert — die sich nunmehr als die 19. Organisation an die übrigen Organisationen anreiht. Die Konstituierung des österreichischen Reichsverbandes im Herbste 1906 war nunmehr nicht nur der Schlußstein in dem großen Gebäude, dessen Pläne als erster — es sei hier ausdrücklich hervorgehoben — unser bewährter Kollege und unermüdlicher Vorkämpfer Dr. Nekowitsch entworfen hat, sondern sie war direkt ein Gebot der Notwendigkeit.

Dieser ärztliche Reichsverband hat einen doppelten Kampf zu führen. Die eine Seite des Kampfes ist die nach materieller Besserstellung des ganzen Standes. Das ärztliche Elend auf dem Lande draußen ist ja zur Genüge bekannt. Der lange Kampf der Ärzte in Niederösterreich, der nur durch die einzig dastehende Solidarität aller unserer Kollegen ermöglicht wurde, hat ja gezeigt, daß es ein Kampf um ein wirklich notwendiges Gut ist, um ein Gut, dessen mit nur ganz wenigen Ausnahmen alle Ärzte am Lande entbehren. Wenn unser Kampf zu Ende ist, wenn wir gesiegt haben, und — mögen auch noch so viele ungläubig die Köpfe schütteln — wir werden ja doch siegen, vielleicht früher, als sich's mancher träumen läßt, dann wird dieser Sieg nicht der einzige sein, sondern es wird der erste Sieg sein in einer langen Reihe von Siegen in jenen Kronländern, wo die Ärzte noch in gleicher Weise auf ein den modernen Anforderungen entsprechendes Sanitätsgesetz, sowie auf eine Alters-, Witwen- und Waisenversorgung warten. Der erste Kampf ist der schwerste und darum der längste. Die anderen werden gewiß nicht soviel Arbeit und Opfer kosten. Der Sieg aller wird aber sicher sein, dafür bürgt der ärztliche Reichsverband Österreichs.



Versuche zu erinnern — so sind für die Aufklärung anderer Fragen, z. B. der ganzen Immunisierungsexperimente, der Feststellung der mehr oder weniger regelmäßigen Generalisierung der Lues bei den Impftieren und für viele andere Punkte ganz große Versuchsreihen anzulegen. Das ist aber dann allerdings nur in den Heimatsgegenden der betreffenden Tiere ausführbar, es ist aus äußeren Gründen ganz unmöglich, hier in Europa die notwendige Zahl von Affen zu bekommen und vor allem auch in unserem für die Tiere viel ungünstigeren Klima sie am Leben zu erhalten.

Natürlich werden die Affenimpfungen vorläufig wenigstens für praktisch diagnostische Zwecke nicht oder nur sehr selten in Betracht kommen. In fraglichen Fällen wird der klinische Verlauf und der Spirochätennachweis, in dem wir ja ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel jetzt besitzen, in der Regel eher eine Entscheidung bringen, als es die Affenimpfung tun würde. Die Übertragung der Lues auf Versuchstiere wird vorläufig für die Lösung der zahlreichen wissenschaftlichen Fragen reserviert bleiben und so mittelbar der praktischen Bekämpfung der Volksseuche Syphilis noch großen Nutzen leisten. Es ist ja auch immer noch zu hoffen, daß mit der Zeit die Bestrebungen, die schließlich der Endzweck aller Tierimpfungen sind, nämlich die bisher noch erfolglos gebliebenen Versuche, ein Syphilisserum zu gewinnen, ein Resultat erzielen werden.

Verhältnismäßig selten waren bisher die Überimpfungen der Syphilis auf die Cornea der Kaninchen von Erfolg begleitet; immerhin ist ja die Möglichkeit der Haftung des Luesvirus durch die Experimente Bertarellis u. a. bewiesen. Sicher ist, daß diese Übertragungen nicht leicht gelingen.

Ein Ergebnis der Affenimpfung, das besonders eingreifend erscheint für die Frage der ärztlichen Praxis, ist der Nachweis der Übertragbarkeit tertiär syphilitischer Produkte. Es hat sich, wie oben ausgeführt wurde, gezeigt, daß es gar nicht selten gelingt, mit Teilen eines Gummis beim Affen einen Primäraffekt zu erzeugen. Bisher haben wir angenommen, daß tertiär syphilitische Produkte so selten eine Infektion bewirken, daß wir z. B. in unserer Praxis unbedenklich dem Syphilitiker die Heiratserlaubnis geben, wenn wir annehmen konnten, daß er sich nicht mehr im sekundären Stadium befindet. Wenn die Infektion des Pat. 4—5 Jahre zurückliegt, in den letzten 2 Jahren keine sekundären Erscheinungen sich gezeigt haben, wenn die Behandlung ausreichend war und kein besonders schwerer Verlauf der Erkrankung vorlag, hielten wir die Infektionsmöglichkeit für so weit ausgeschlossen, daß wir die Heirat ruhig gestatteten. Sollen wir nun auf Grund der häufiger gelungenen experimentellen Übertragung hierin unser Prinzip ändern? Sicherlich nicht, wenigstens nicht in den hauptsächlichen Punkten. Wir dürfen uns zweifellos daran halten, daß in der Praxis Infektionen durch tertiäre Lues recht selten beobachtet sind, besonders selten, wenn wir daneben berücksichtigen, wieviel Fälle von früherer Syphilis ohne jede Infektion verlaufen, wenn nur die oben erwähnten Vorsichtsmaßregeln betreffs der notwendigen Frist seit der Infektion usw. beobachtet wurden. Die tertiären Produkte treten doch meist vereinzelt auf und sind oft so lokalisiert, daß die Infektionsmöglichkeit keine so leichte ist wie bei sekundären Produkten. Wir sollen aber aus den Experimenten die Folgerung ziehen, daß wir unsere Patienten noch eindringlicher als bisher darauf hinweisen, daß sie sich bei verdächtigen Erscheinungen entsprechend vorsehen, sofort ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, und noch mehr als bisher müssen wir darauf achten, durch recht energische Behandlung die tertiären Erscheinungen schnell zum Verschwinden zu bringen. Mit Recht weist Neisser darauf hin, daß der Nachweis von virulentem Virus in tertiären Produkten ebenso eine Quecksilber-, nicht nur Jodbehandlung, nötig machten, wie es die infektiösen Produkte sekundärer Erscheinungen tun.

Auch einen anderen Punkt führt B. an, in dem wir aus dem Experiment nicht ohne weiteres auf praktische Verhältnisse schließen dürfen. Die Versuche Neissers, durch Exzision der Impfstellen das Eindringen der Lues in den Tierkörper zu verhindern, ergaben, daß schon 8 Stunden nach der Impfung die Haftung des Giftes durch die Exzision nicht mehr verhindert werden konnte. Wir sollen aber hiebei bedenken, daß es eben etwas anderes ist, ob man beim Tierexperiment in tiefe Skarifikationen oder Hauttaschen minutenlang sehr sorgfältig Virus einreibt, oder ob, wie es doch sicherlich in praxi oft der Fall ist, in eine ganz oberflächliche Erosion durch verhältnismäßig kurze Berührung das Gift eindringt. Daß es im Experiment viel schneller auf weitere Lymphgefäßbezirke sich verteilen kann als bei dem gewöhnlichen Infektionsmodus von Mensch auf Mensch, ist wohl nicht zu bezweifeln. Wir werden daher, wenn wir bei Patienten Primäraffekte beobachten, die erst etwa 1 bis 2 oder 3 Tage bestehen, die günstig lokalisiert sind und keine nachweisbare Schwellung

---

Diese eine Aufgabe des ärztlichen Reichsverbandes möchte ich die prosaische nennen. Der Kampf, den der Reichsverband gegen seine unzählige und so vielseitige Gegnerschaft zu führen hat, hat aber auch eine poetische Seite. Es harrt unser noch eine weit höhere, idealere Aufgabe, und diese ist, neben der sozialmateriellen auch die sozialistische Lage unseres ganzen Standes zu heben. — Wenn der Jurist als neugebackener Doktor der Rechte sich eine noch so kleine Stellung als Beamter irgendwo errungen hat, dann gilt er als ein wenn auch kleiner Machthaber in seinem kleinen Reiche, und alles ist voll Achtung und Untertänigkeit vor der Weisheit und Macht dieses, mitunter wohl nur angeblichen Schützers des Rechtes. Wenn dem Philosophen, der eine Lehrstelle an einer Mittelschule inne hat, oder aber später gar als Professor an der Universität wirkt, nahezu das gesamte geistige Wohl der intellektuellen Ausbildung der heranwachsenden Generation anvertraut wird, da können diese Herren in der Herzens- und Geistesbildung der ihnen anvertrauten jungen Leute nach Belieben schalten und walten. Denn die Kontrolle durch ihre Vorgesetzten, wenn sie überhaupt welche haben, ist gewiß keine allzu strenge, und wehe dem Laien, der es wagen würde, ihre Kreise zu stören, ihr Vorgehen irgendwie zu bekritteln. Ganz anders bei unserem Stand; wir sind geradezu die Stiefsöhne unserer Alma mater. Was ist ein Arzt, wenn er sein Diplom in den Händen hat, was ist ein Arzt, wenn er auch schon Jahrzehnte im Dienste der leidenden Menschheit zugebracht hat? Er genießt keine entsprechende soziale Stellung. Ja, im Gegenteil, er darf aus den Zeitungen erfahren, wie seine ärztliche Tätigkeit im Bausch und Bogen auch von Personen, die im öffentlichen Leben eine Rolle spielen und deren Worte beim niederen Volke oft sehr viel gelten, einfach als wertlos, als vollständig überflüssig hingestellt wird. Es ist ja richtig, daß Krankheiten keines Menschen Freund sein werden, und daß der Gang um den Arzt — nich allein vom Kostenstandpunkte aus — immer ein unangenehmer bleiben wird; und es ist auch weiters richtig, daß wir Ärzte wohl oft genug Gelegenheit haben, auch die Dankbarkeit jener kennen zu lernen, denen wir die Gesundheit wiederhergestellt oder vielleicht sogar das Leben gerettet haben. Die Notwendigkeit des ärztlichen Standes sowie der ärztlichen Wissenschaft zu beweisen, das wäre wohl auch etwas mehr als überflüssig. Eben darum aber sehen wir nicht ein, warum wir Ärzte nicht auch jene soziale Stellung einnehmen sollen, die uns gebührt; und das wird und muß die zweite Aufgabe des Reichsverbandes sein.

Der ärztliche Reichsverband Österreichs ist zwar noch ganz jungen Datums, er hat noch nicht viel Gelegenheit gehabt, nach außen hin hervorzutreten, und doch haben wir schon eine Opposition, und zwar unglaublicherweise sogar eine Opposition in unseren eigenen Kreisen. Doch keine Furcht! Im Gegenteil, wir sagen: Gott sei Dank, wir haben eine Opposition. Die Opposition ist immer ein treibendes, ein Leben spendendes Element in jeder Vereinigung. Der Opposition verdankt man oft Ideen und oft auch die Erkenntnis, wie man es nicht machen soll, die Erkenntnis, daß man nicht gleich jedem Hirngespinst nachlaufen und dessen Verwirk-



der Lymphbahnen bewirkt haben, doch wenigstens den Versuch machen, durch die Exzision noch eine Generalisierung des Giftes zu verhindern. Dazu kommt ja dann noch die Erwägung, daß die Exstirpation des Primäraffektes wird, auch wenn die Koupierung nicht mehr gelingt, doch einen Herd von zahlreichen Spirochäten aus dem Körper ausschalten. Von größtem Interesse sind die Versuche von Metschnikoff und Roux, mit der 25%igen Kalomelsalbe das Luesvirus kurz nach dem Eindringen in die Lymphbahn abzutöten. Es bleibt indes noch abzuwarten, inwieweit bei einer größeren Anzahl von Experimenten diese prophylaktischen Einreibungen Erfolg haben. Neissers Versuche fielen nicht so eindeutig aus.

In vereinzelten Fällen sind in der Literatur Infektionen durch Leichen syphilitischer Personen beschrieben worden. Daß die Möglichkeit zu einem derartigen Infektionsmodus vorliegt, beweisen nun auch die Experimente Neissers, dem es gelang, noch bei 4—5 Stunden post exitum erfolgter Überimpfung von Leichen kongenital syphilitischer Kinder bei Affen reichlich Impfeffekte zu erzielen. Daß in Wahrheit nur sehr selten Leicheninfektionen mit Lues vorkommen, mag wohl mit daran liegen, daß aus äußeren Gründen die Sektionen der syphilitischen Leichen in unseren Instituten verhältnismäßig selten schon wenige Stunden nach dem Tode, sondern in der Regel erst viel später vorgenommen werden können. Und es ist wahrscheinlich, daß die Infektiosität kadaverösen syphilitischen Materials nach einer größeren Anzahl von Stunden dann doch erlischt. Immerhin ermahnen uns die erwähnten Versuche Neissers von neuem zur Vorsicht beim Umgehen mit syphilitischem Leichenmaterial.

Endlich weist B. zum Schluß auf die durch Fingers und Neissers Versuche bewirkte Veränderung unserer bisherigen Auffassung von der Immunität, die der Mensch durch einmal akquirierte Lues gegen neue Infektion erwerben sollte. Zunächst hat die nicht geringe Zahl von positiv ausgefallenen Reinokulationen gezeigt, daß vor und — was besonders wesentlich ist — auch noch einige Zeit nach dem Auftreten des durch die erste Impfung erzeugten Primäraffektes Wiederimpfungen mit Syphilis angehen. Später aber, nach vollem Ablauf der durch die erste Impfung bewirkten Effekte gelang die Wiederimpfung nicht mehr — mit Ausnahme des einen obenerwähnten Falles von Finger und Landsteiner. Bei Superinfektionen an Syphilitikern (mit artfremden Virus) zeigte sich nun in Fingers und Landsteiners Versuchen der Impferfolg in der zweiten Inkubationszeit und im sekundären Stadium als lokale Erscheinung, und zwar als papulöse Effloreszenz, die schon nach einer Inkubation von 10 bis 14 Tagen auftrat. Im tertiären Stadium entsprach das Aussehen der Impfeffekte den jeweilig bestehenden tuberösen und ulzerösen Hautsyphiliden, ihre Entstehung war häufig eingeleitet von erythematösen Flecken, die ohne Inkubationszeit auftraten.

Mit Berücksichtigung auch der Erfahrungen von Re- und Superinfektionen am Menschen müssen wir also nach Fingers Ausführungen (Archiv f. Dermatol. u. Syphil., Bd. 81) annehmen, daß die Lehre, einmalige Syphilisinfektion mache fast immer immun gegen neue Infektion, nicht mehr haltbar ist, daß vielmehr in allen Stadien der Syphilis eine Reinfektion, die sich durch spezifische lokale Erscheinungen dokumentiert, möglich ist.

Aus dem Gesagten ergibt sich nun für die Beurteilung der auf gewöhnlichem Wege erworbenen Reinfektionen beim Menschen, daß wir nicht erst dann eine eigentliche Reinfektion anzunehmen haben, wenn die zweite Infektion mit typischem Primäraffekt und ebensolchen Sekundärerscheinungen verläuft. Wir müssen berücksichtigen, daß die Immunität nicht mit einem Schlage aufhört, sondern allmählich, daß zur Zeit der Reinfektion noch eine gewisse Immunität bestehen kann und diese den typischen Verlauf der Syphilis nicht zustande kommen läßt. Wenn wir die Möglichkeit des Vorkommens von solchen abgeschwächten Reinfektionen genügend berücksichtigen, werden wir sicher auch in der Praxis häufiger auf Reinfektionen stoßen, als wir bisher annahmen.*)

II. Referate.

Klinische Übersicht über 294 Eklampsiefälle. Von Zwirko.

Die Arbeit stammt aus der gynäkologischen Klinik Prof. Lebedews. Die ersten Kapitel sind dem Einfluß der Behandlungsweise mit Narkotizis bei Eklampsie gewidmet; alle modernen Theorien sind gewissenhaft zusammengestellt, die Prophylaxis wie Therapie werden des längeren beschrieben.

*) Man vergleiche die Ansichten Bruhns mit den Schlüssen Neumanns.

---

lichung erstreben soll. So sind dem Reichsverband von einer Seite schon Vorwürfe gemacht worden, warum nicht alles so eingerichtet ist bei uns wie beim Leipziger Verband, warum nicht schon der engere und allerengste Anschluß an den genannten Verband durchgeführt worden ist. Der Leipziger Ärzteverband in allen Ehren, er wird uns jederzeit als Muster vorschweben, und der Anschluß an ihn, sowie an alle anderen außerösterreichischen großen, ärztlichen Vereinigungen liegt ja im Plane unseres Reichsverbandes; aber erst dann, wenn wir uns als ebenbürtige Schwestervereinigung anreihen können, und nicht heute schon, wo es gilt, erst in unseren eigenen Reihen stark und mächtig zu werden, nicht heute schon, wo wir wie ein Hilfe und Schutz suchendes Kind um gütige Aufnahme bitten müßten. Ein zweiter, ebenso ungerechter Vorwurf, und zwar merkwürdigerweise von derselben Seite, wurde erhoben, indem man, ganz im Gegensatz zu den früheren Ausführungen, den Reichsverband als überflüssig hinzustellen trachtet und meint, für den ärztlichen Stand können allein die wirtschaftlichen Landesverbände etwas leisten; rein ideale Organisierung und ein Reichsverband wären nicht imstande, dem ärztlichen Stande zu helfen. Dem gegenüber sei einerseits darauf hingewiesen, daß ja schon verschiedene Kronländer, wie z. B. Schlesien, Salzburg, Bukowina u. a. bereits begonnen haben, ihre Organisationen in wirtschaftliche umzuwandeln, wonach also dem Wunsche unserer Opposition entsprochen wird. Andererseits aber wird niemand leugnen können den rein repräsentativen Wert eines ärztlichen Verbandes, der die Ärzte Gesamtösterreichs zu seinen Mitgliedern zählt. Mögen die Landesorganisationen nur immerhin fleißig arbeiten, an Arbeit wird es ihnen fürwahr nie fehlen; wenn es aber einmal gilt, nicht nur mit Landesverwaltungen, sondern selbst mit der Reichsregierung ein ernstes Wort zu sprechen, und dazu wird es gewiß kommen, dann hat nur ein fest gefügter, solid gebauter und eventuell auch zu einheitlichem Kampf bereiter Reichsverband die dazu nötige Autorität. Einen solchen Verband nach seiner Gründung auch in Wahrheit zu schaffen durch stramme Organisation aller Kronländer — es fehlen ja derer nicht mehr viele, und da wird schon fleißig gearbeitet — das wird zunächst die Aufgabe des kommenden Jahres sein.

Es sei hiemit von leitender Stelle aus allen jenen, die bisher wacker mitgearbeitet haben und durch ihre eifrige Arbeit die Konstituierung dieses uns so notwendigen Verbandes ermöglicht haben, der Dank ausgesprochen. Mögen sie nur ausharren, unsere Vorkämpfer, die Obmänner der verschiedenen Organisationen, mögen sie sich durch nichts einschüchtern lassen! Jetzt gibt es kein Zurück mehr ohne Schmach und Schande vor der ganzen gebildeten Welt. Jetzt gibt es nur ein Vorwärts, und die Ziele, die wir so frei in alle Welt hinausposaunen, müssen auch erreicht werden, wenn nur wir selbst wollen, wenn nur wir nicht nachgeben. Am Ende des Jahres 1907 dürfen wir nicht mehr wie einst als gänzlich unterdrückter, minderwertiger und beiseite geschobener Stand dastehen, sondern müssen und werden einen nicht zu unterschätzenden Machtfaktor im Reiche spielen.

Den Hauptteil der Arbeit nehmen die Schlußfolgerungen ein, die Verfasser nach Bearbeitung des recht großen Materiales zieht.

Von 294 Kranken sind 276 Frauen der bürger- und bäuerlichen Bevölkerung, die sich mit physischer Arbeit beschäftigen. Uneheliche Geburten 118, eheliche 181, Witwen 4. Erstgebärende 214, Zwillingsgeburten 27. Es erkrankten danach an Eklampsie Erstgebärende 2·7mal häufiger als Mehrgebärende.

Mit bestehender Eklampsie wurden 128 Gebärende eingeliefert, autochtone, d. h. im Gebärasyl zum Ausbruch gekommene Eklampsie kam 143mal vor. Die Tabellen des Autors zeigen, daß die große Mehrzahl der autochtonen Fälle nach dem sechsten Tag der letzten Eklampsieerkrankung im Hause ausbrachen, was gegen jede Infektionstheorie spricht.

Von 7 Eklampsiefällen während der Gravidität, bei denen die narkotische Behandlung sofort mit Einsetzen der Krämpfe eingeleitet, wurden alle gerettet und machten normale Geburten durch: 0% Sterblichkeit, 2 Gravide, bei denen die Behandlung erst spät einsetzen konnte, starben im Anfall.

Bei 36 Fällen, wo während der Geburt Eklampsie auftrat und sofort Narkotika angewandt wurden, starben 7 = 19·44% Sterblichkeit. In 2 Fällen, in denen die Krämpfe während der Geburt auftraten und Narkotika erst ganz zum Schluß gegeben wurden, trat nicht der Tod ein, aber es entwickelte sich eine akute Psychose.

In 76 Fällen von Eklampsie post partum wurden sofort bei Auftreten der Krämpfe Narkortika gegeben und damit bis auf 3 Todesfälle (3·94%) alle gerettet.

Wenn wir alle Fälle des Autors, bei welchen im Anfange der Erkrankung sofort Narkotika gegeben wurde, sei es während der Gravidität, sub partu oder post partum, näher betrachten, so finden wir einen Sterblichkeitsprozent von 8·49. Der allgemeine Prozentsatz bei Eklampsie ist sonst 15·3. Die kleinste Ziffer findet Autor in der Wochenbettperiode (4·93%), die größte während der Geburt (20·0%). Die Todesfälle Erstgebärender waren ebenso zahlreich wie Mehrgebärender, wenn die Eklampsie während der Gravidität auftrat. Während der Geburt starben aber an Eklampsie dreimal mehr Erstgebärende.

Die Arbeit ist mit sehr klaren Tabellen versehen, in denen man sich leicht orientieren kann. (Russische mediz. Rundschau Nr. 11, 1906.)

*

Die trockene intrauterine heiße Dusche und ihre Anwendung in der Gynäkologie. Von E. Chomenko.

Der Autor stellte seine Versuche und Beobachtungen an 32 Pat. an, von denen 8 stationär behandelt wurden, die übrigen ambulatorisch. Er bediente sich eines besonderen Apparates, den er selbst zusammenstellte. Der Apparat bestand aus einem großen Katheter à douple courant und einem Gummiballon, der in die Uterushöhle eingeführt wurde, und dessen Ende mit dem Katheter in Verbindung stand. Das Wassergefäß war so hoch angebracht, daß im Laufe einer Stunde 4 Liter heißes Wasser durch den Schlauch und durch den Ballon floß. Unter dem Gefäß war eine Lampe zum Erwärmen angebracht, die die Temperatur des Wassers regelte. Die Dauer jeder Sitzung betrug $1^1/_2$ Stunden, so daß jedesmal 6—7 Liter durchgespült wurden bei einer Temperatur von 40—80° C. Alle 32 Kranken zusammen hatten 154 Sitzungen. Auf Grund dieser Beobachtungen und Versuche hält Autor die Anwendung der heißen, trockenen Dusche für angebracht bei folgenden Uterinleiden:

1. Bei gutartigen Erkrankungen der Uterusschleimhaut, wenn ein Entfernen pathologisch veränderter Teile der Schleimhaut indiziert ist.
2. Bei Amenorrhoe aus lokalen Ursachen.
3. Bei träger Involution des Uterus nach Geburt und Abort.
4. Bei Entzündungsvorgängen des Uteruskörpers, Tuben und Ovarien und Parametrium.
5. Bei Sterilität aus lokalen Gründen.

Außerdem hat Autor beobachtet, daß die Körpertemperater unter der Einwirkung der heißen Dusche sich ändert; sie fällt bei durch Erkrankung der Uterusmukosa erhöhter Temperatur; Puls und Atmung werden zuerst beschleunigt, kehren aber bald zur Norm zurück; die Harnmenge wird vermehrt, ohne daß es zur Eiweißausscheidung kommt; die bei Frauenleiden so häufige Obstipation wird beseitigt. Auf die Uterusschleimhaut wirkt die Dusche in zweifacher Weise, erstens werden im oberflächlichen Teil nekrobiotische Prozesse hervorgerufen, zweitens wird in den tieferen Schichten das Granulationsgewebe angespornt. Die affizierte Unterschleimhaut wird zerstört, die Ausscheidung wird stark angeregt, was mikroskopisch gut nachzuweisen ist in der Menge des ausgeschiedenen Detritus, Leukozyten und Epithelien; an Stelle der verschwundenen Drüsen in der zerstörten Schleimhaut bilden sich neue aus den tieferen Drüsengängen, mit einem Wort, es tritt eine völlige Regeneration der Uterusschleimhaut ein. Auf diese Art befreit die heiße Dusche den Uterus von den eingedrungenen Mikroorganismen, indem sie durch die hohe Temperatur die Bakterien teils abtötet, teils sie durch die abundante Sekretion fortschwemmt. Leider ist das Verfahren an sich sehr umständlich und zeitraubend, und wird man in vielen Fällen, die Autor mit der heißen Dusche behandelt hat, leichter zum Ziele kommende Mittel anwenden müssen. (Russ. med. Rundschau Nr. 11, 1906.)

*

Venenthrombose und Gerinnbarkeit des Blutes. Von Dr. Max Schwab.

Die eigentliche Ursache für das Zustandekommen der Venenthrombose besonders beim Uterusmyom und in puerperio ist trotz des großen Interesses, das diese Erkrankung dem Geburtshelfer und Operateur abfordert, ein ungelöstes Problem. Man erklärt sich das Auftreten der Wochenbettsthrombose durch das Zusammentreffen einer Anzahl von Schädigungen, die durch Schwangerschaft, Geburt und darauffolgende Bettruhe dem Blut- und Gefäßsystem erstehen. Doch bleibt dabei die Antwort aus, warum bei diesen immer vorhandenen Schädigungen der Prozentsatz der Erkrankung ein so kleiner ist.

Ein zweites Rätsel ist das auffallend häufige Vorkommen der Venenthrombose bei Myom. Auf der Erlanger gynäkologischen Abteilung sind — nach vorausgegangener mehrjähriger Pause — in den letzten drei Jahren sechs Fälle von tödlicher Lungenembolie zu verzeichnen gewesen, davon fünf bei Myoma uteri. Die betreffenden Frauen waren weder ausgeblutete Kranke, noch litten sie an Herzfehlern. Die Operation bestand dreimal in der Totalexstirpation nach Doyens rasch und unblutig verlaufender Methode (eine Operation von Herrn Prof. Veit, zwei von Herrn Prof. Menge ausgeführt), einmal wurde bei kleinem Myom der vaginale Weg beschritten. Eine Patientin erlag der Embolie, während sie eine Kräftigungskur vor der Operation durchmachte.

Besondere Anhaltspunkte dafür, daß diese fünf Myomkranke zur Thrombosenbildung geneigter als irgendwelche andere gewesen seien, lassen sich durchaus nicht feststellen. Bei dreien von ihnen bestand bei Lebzeiten auch nicht das geringste Anzeichen, daß eine Thrombose vorhanden sein könnte — ja eine von diesen hatte bereits am Tage zuvor das Bett verlassen und war munter umhergegangen, und als sie am nächsten Morgen ihre Kleider aufnahm, um sich wieder anzuziehen, fiel sie tot um.

Von diesen fünf Fällen seien die Puls- und Temperaturkurven mitgeteilt. Die beiden ersten davon lehren, daß bei manchen Kranken mit offenkundiger Thrombose auch die sofort eingenommene und die durch Wochen hindurch festgehaltene absolute Bettruhe — bislang unser einziges therapeutisches Verfahren — das Eintreten der Embolie nicht fernzuhalten vermag.

Zweitens dienen sie, da sie zur Sektion gekommen sind, als Beweisbeispiele dafür, daß das Verhalten des Pulses für die Diagnosenstellung im Stiche läßt. Weder bei ihnen, noch



bei den in Heilung übergegangenen 20 letzten Fällen von Schenkelvenenthrombose ist ein Ansteigen des Pulses bei gleichbleibender Temperatur zu beobachten gewesen. v. Herff berichtet in v. Winckels Handbuch bei Besprechung der Wochenbettthrombose, daß er nur in einem Drittel der Fälle das Mahlersche Zeichen des Kletterpulses hat beobachten können. Wenn auch die postoperative Anwendung von Herzreizmitteln das Pulsbild in einem oder dem anderen unserer geheilten Fälle verschleiert haben mag, die abgebildeten Kurven beweisen, daß für die Erkennung der Thrombose in der Gynäkologie auf den Puls kein Verlaß ist.

Hervorgehoben soll dagegen sein, daß mit dem Auftreten einer Thrombose gar nicht selten die Temperatur und mit ihr der Puls in entsprechender Weise bis zu mäßiger Höhe anstieg, auch nachdem zuvor die Rekonvaleszenz fieberfrei verlaufen.

In der Geburtshilfe ist unter die Momente, welche die puerperale Thrombose verschulden könnten, auch eine höhere Gerinnbarkeit des Blutes eingereiht. Daß eine so erhöhte Gerinnbarkeit bei Schwangeren oder Entbundenen wirklich und allgemein besteht, läßt sich schon nicht gut vereinbaren mit der Tatsache, daß die Blutungen bei Geburtsverletzungen so schwer zu stillen sind. Auch hat diese Theorie ihre Grundlagen nur im Nachweis einiger chemischer Unterschiede zwischen dem Blute schwangerer und Nichtschwangerer — veränderte Alkaleszenz zum Beispiel — die, wenn sicher erwiesen, eine höhere Gerinnbarkeit des Blutes durchaus nicht ohne weiteres bedingen müssen.

Ob vielleicht die Myomerkrankung zu einer erhöhten Gerinnungsfähigkeit des Blutes, und damit zur leichteren Thrombosenbildung führe, das war die Frage, mit der Herr Prof. Menge mein Interesse an der Gerinnbarkeit des Blutes weckte.

Eine brauchbare Methode, die Gerinnbarkeit des Blutes zu Vergleichszwecken klinisch zu studieren, existiert nicht, noch wurden derartige Vergleiche bisher durchgeführt. Es ist klar, daß die Untersuchungen so anzustellen sind, daß sie oft und doch ohne Belästigung am einzelnen Menschen durchgeführt werden können, wie die Hämoglobinbestimmung und die Blutkörperzählung.

Sch. diente bei seinen Untersuchungen, die als orientierende aufzufassen sind, als Methode: Die Bestimmung des Zeitpunktes, in welchem die Bildung der Fibrinfäden im hängenden Tropfen sichtbar wird.

Mit einem Blick nach der Uhr läßt man durch die Francke sche Nadel einen rasch quellenden kleinen Bluttropfen austreten, nimmt ihn mit einem peinlich gesäuberten Deckglas sofort ab und bringt ihn sogleich auf den hohlgeschliffenen Objektträger.

Die Ölimmersion läßt nun erkennen, daß der Rand des Tropfens durch einen Ring Serum ohne Blutkörperchen gebildet wird; dann folgt mit unregelmäßigem Rande die Blutkörperchenscheibe, die nach der Mitte zu dicker, röter und undurchsichtig wird. Aber nach dem Rande zu liegen die Blutkörperchen schließlich in zwei- bis einfacher Lage, und so lose, daß das Präparat hellgelb und durchsichtig ist und — das wesentliche — die Blutkörperchen lassen Lücken zwischen sich, in denen in der Regel ein bis zwei Leukozyten ihre Amöbenbewegungen vollführen.

Eine derartige Stelle wird unter dem Mikroskop bei richtiger Lichtabblendung festgehalten, und nach etlichen Minuten sieht man im Serum dieser Maschen die Fibrinnadeln hervorschießen. Sie kommen von der Peripherie der Lücken her, kreuzen sich vielfach mit Knotenpunkten, und bald ist die Lücke wie mit einem Spinnengewebe überzogen. Der Zeitpunkt der eintretenden Fibrinfädenbildung wird notiert.

Es muß hier gleich betont werden, daß die Technik nichts weniger als einfach ist. Gelingt es schon nicht auf den ersten Blick, ausgebildete Fibrinnadeln zu erkennen, die Sekunden der einsetzenden Fibrinausscheidung zu erfassen, erfordert ein gutes Gesicht, ruhige Geduld und Übung. Fehlerhaft bei der Herstellung des Präparates ist außer jeglichem Zeitverlust unvorsichtiges Erschüttern und Schwanken. Die zu äußerst liegenden Blutkörperchen dürfen nicht Stechapfelform aufweisen, auch nicht vierkantig zusammenliegen wie Pflastersteine, was häufig der Fall ist und wohl durch Druck bei der Aufnahme des Tröpfchens auf das Deckglas zustande kommt. Immer muß jedes Präparat einmal auf etwaige Fehler rundum abgesucht werden, in seiner Mitte dürfen mikroskopisch kleine Luftbläschen nicht übersehen werden.

Auf diese Weise hat Sch. bei 30 Personen, bei den einzelnen bis zu 12mal die Gerinnungszeit des Blutes untersucht.

Die von Sch. untersuchten Personen waren entweder gesund oder mit belanglosem gynäkologischem Leiden behaftet. Die Gerinnungszeit des Blutes betrug bei ihnen allen $4^3/_4$ bis $5^1/_2$ Minuten, am häufigsten 5 Minuten. Dasselbe gilt von mehreren gesunden Schwangeren und Wöchnerinnen, die ich mit vorweg nahm, weil bei ihnen ja eine erhöhte Gerinnbarkeit des Blutes angenommen wird.

Ein Zusammenhang zwischen Gerinnungszeit und Hämoglobingehalt des Blutes besteht nicht.

Dagegen besteht wohl bis zu einem gewissen Grade ein Zusammenhang der Gerinnungsdauer mit dem allgemeinen Körperbefinden: Die höchsten Zahlen wiesen drei Karzinome unmittelbar nach der eingreifenden Laparotomie auf, $6^1/_2$ Minuten. Auch zwei Thrombosenfälle, denen das lange Krankenlager sehr zugesetzt hatte, fallen darunter mit $5^1/_2$ und 6 Minuten.

Sch. hält sich durch die Versuche berechtigt, das Vorkommen einer so erhöhten Gerinnbarkeit des Blutes, daß es dem Menschen von pathologischer Bedeutung werden könnte, anzuzweifeln. Sch. hat wohl eine erniedrigte Gerinnbarkeit unter erklärlichen Umständen auffinden können, habe aber nie ein Präparat erhalten, bei dem die Gerinnungszeit weniger als $4^3/_4$ Minuten betragen hätte.

Mit dem stimmt auch die Klinik überein. Das Myom ist pathognomisch durch seine Blutungen, die Geburtshilfe rechnet mit Blutungen, die konstitutionellen Blutkrankheiten zeitigen Blutungen — von zu geringer Neigung zu Blutungen, die ja die Folge erhöhter Gerinnbarkeit des Blutes sein müßte, weiß man nichts. (Münchener med. Wochenschrift Nr. 51.)

*

Studien über den Einfluß der Tropensonne auf pathogene Bakterien. Von Dr. Max Martin.

Es ist bekannt, daß bei den Eingeborenen Afrikas entzündliche Wundprozesse selten sind. Während fast jeder Eingeborene an seinem Körper ständig kleine offene Verletzungen aufweist, denen noch dazu die mangelhafteste Pflege zuteil wird, erlebt man doch nur selten schwere Abszesse, Phlegmonen, Erysipel; meist macht man die Erfahrung, daß Wunden, denen man in Europa niemals eine prima intentio zutrauen möchte, ohne jegliche Störung glatt verheilen.

Es wird daher von manchen eine erhöhte Widerstandsfähigkeit des Negers gegen Wundinfektionen angenommen, und es ist wohl keine Frage, daß eine gewisse Widerstandskraft besteht. Abstammung und Lebensweise haben hier sicherlich eine große Bedeutung. Wir hören von der vorzüglichen „Heilhaut", die bei den verwundeten Turkos des deutsch-französischen Krieges beobachtet wurde, während sie doch in einem ungewohnten Klima fechten mußten und die ihnen völlig fremden Strapazen eines europäischen Feldzuges auszuhalten hatten; wir hören auch die Ärzte des russisch-türkischen Krieges die glatte Wundheilung bei den verwundeten Türken rühmen im Gegensatz zu dem schlechten Wundverlauf, den man bei den Russen erlebte; hier war der Einfluß der Lebensweise auf die körperliche Widerstandskraft unverkennbar: Der Türke lebt abstinent, der Russe verbraucht große Mengen Alkohol.

Wenn wir daher mit einem gewissen Maß von Widerstandskraft gegen bakterielle Schädigungen bei den verschiedenen Rassen rechnen können, so dürfen wir sie doch nicht allein zur Erklärung des glatten Wundverlaufes, dessen



sich die Eingeborenen meist erfreuen, heranziehen; vielmehr ist auch zu untersuchen, ob der Neger in Afrika überhaupt ebensoviel bakteriellen Schädigungen ausgesetzt ist, wie dies für Europa zutrifft. Im Hospital, wo sich viele Patienten zusammenfinden, macht man nämlich die Beobachtung, daß sich mitunter an einen infektiösen Fall bei irgend einem Fehler im aseptischen Apparat eine ganze Reihe von Wundinfektionen anschließt, während zu anderen Zeiten penetrierende Bauch- und Brustverletzungen, die mit den bedenklichsten Notverbänden zur Behandlung kommen, reaktionslos heilen; man kann solche Infektionen wohl nur auf die gegebene günstige Infektionsgelegenheit zurückführen, die dem frei lebenden Neger anderwärts meist fehlt. Das Klima der Tropen bietet ein mächtiges Schutzmittel gegen Schädlichkeiten bakterieller Art, die schützenden Kräfte sind die Wärme und das Licht der Tropensonne.

Die bakteriologischen Arbeiten der letzten Jahrzehnte haben gezeigt, daß Bakterien unter gewissen Bedingungen — wenn sie sporenfrei und in feuchtem Zustand sind — abgetötet werden, sobald sie 1—2 Stunden lang einer Temperatur von 40—60° ausgesetzt bleiben, und daß auch resistentere Formen zu vernichten sind, wenn sie wiederholt in mittlere oder höhere Temperatur gebracht werden und dazwischen kühlere Intervalle bleiben, damit die Sporen in den kühleren Pausen zu vegetativen Formen auswachsen, um durch die nachfolgende Hitze getötet zu werden.

Die warme Tropensonne schafft in den von ihr bestrahlten Gebieten Verhältnisse, die in großem Maßstabe dasselbe darstellen, das wir im Laboratorium durch Sterilisator und Autoklaven uns künstlich herrichten. Interessante Studien über den Einfluß der Wüstensonne hat Engel in der Nähe von Kairo angestellt; er rühmt den vernichtenden Einfluß der Sonne auf Tuberkelbazillen, Typhusbazillen und Staphylokokken.

Um die Einwirkung der genannten beiden Faktoren, Sonnenhitze und Sonnenlicht, auf pathogene Bakterien zu prüfen, unternahm M. im Laboratorium des Nachtigalkrankenhauses in Togo eine Anzahl einschlägiger Versuche.

Das Ergebnis der beschriebenen Untersuchungen läßt sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. In den tropischen Ländern herrscht eine gewisse Bakterienarmut hinsichtlich der meisten pathogenen Arten.
2. Sie ist bedingt durch die bakterientötende Wirkung der Sonne.
3. Den Hauptfaktor der Sonnenwirkung bildet anscheinend die Sonnenwärme, doch kommt auch dem Sonnenlicht eine erhebliche Bedeutung zu.
4. Eine Anzahl nichtpathogener Keime bleibt vom Einfluß der Sonne unberührt.
5. Die mechanische Reinigung durch das Seewasser der Brandung erzeugt Sterilität des Oberflächensandes im Bereiche der Brandung. (Münchener med. Wochenschrift Nr. 51.)

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Sitzung vom 22. Februar 1907.

Carl v. Pirquet: Eine Theorie des Blatternexanthems. Vortragender ist der Ansicht, daß bei der vakzinalen Frühreaktion innerhalb 24 Stunden die Entzündung durch das Zusammentreffen der Lymphe mit Antikörpern bakteriolytischer Natur, die im vorgeimpften Organismus vorhanden sind, bedingt sei. Auch die Entzündungssymptome bei der ersten Vakzination, die nach acht bis zehn Tagen in Erscheinung treten, Areola und Fieber, seien ebenfalls durch toxische Produkte zu erklären, welche durch die Einwirkung neugebildeter Antikörper auf die Mikroorganismen sich bilden.

Bei der Variola inoculata läßt es sich berechnen, daß zur selben Zeit, wo die Antikörperreaktion auftritt, auch die Aussaat des Exanthems erfolgt. Ein Zusammenhang zwischen Exanthembildung und Antikörpereintritt ist als sicher anzunehmen.

Die Antikörper, welche zur Bildung des Exanthems führen, könnten Agglutinine sein, vermöge welcher die in der Blutbahn kreisenden Blatternerreger in den Kapillaren aneinander hängen bleiben und Haufen bilden. Dafür sprechen auch die histologischen Befunde Weigerts, der in Blutgefäßen unterhalb frischen Hauteffloreszenzen und in inneren Organen schlauchförmig angeordnete „Zoogloeamassen“ beschrieben hat.

Zu anderen Exanthemen, speziell den Masern, führt von der Variola eine Brücke in Form abgeschwächter Varioloiden und des Kuhpockenexanthems nach Vakzination; hier kommt es zu keiner Weiterentwicklung der agglutinierten Bakterien, sondern zu toxischen Frühreaktionen von makulo-papulösem Charakter. Die Masern haben neben Inkubationszeit, prodromalem Fieber und Leukozytenkurve noch die Ähnlichkeit mit dem Blatternprozeß, die für die Antikörperexantheme charakteristisch sein dürfte, daß das Exanthem bei kachektischen Individuen abgeschwächt ist und um so stärker auftritt, je kräftiger und gesünder der Organismus ist.

Rudolf Kraus bemerkt, daß uns diese Theorie v. Pirquets nicht befriedigen könne und auch mit den gegenwärtigen Kenntnissen über Immunität bei Variolavakzine nicht in Einklang gebracht werden dürfte.

Wenn v. Pirquet glaubt, daß das Variolaexanthem abhängig sei von der Bildung spezifischer Agglutinine, so hat er für diese Behauptung seiner Meinung nach nicht den mindesten Anhaltspunkt. Das Exanthem sei aus der Generalisation des Virus zu erklären. Auch dürfte es Pirquet schwer gelingen, einen tatsächlichen Nachweis des agglutinierten Variolavirus in den Hautkapillaren zu erbringen. Andererseits könne man bei anderen Infektionskrankheiten die Exantheme durch die kapillare Ansiedlung des Virus beweisen (Typhus, Syphilis). Zum Schlusse müsse er auch noch bemerken, daß Agglutinine und Präzipitine bei der Variola nicht gekannt sind, so daß die Theorie v. Pirquets ohne jede Begründung dasteht.

Was die nach einigen Stunden auftretende Pustel (Frühreaktion) betrifft, so dürfe man diese einige Stunden nach der Revakzination auftretenden Blasen nicht mit der Vakzinepustel analogisieren, was auch Pirquet zugibt, da er die Frühreaktion dahin erklärt, daß das eingebrachte Virus von lytischen Antikörpern aufgelöst wird, sogenannte Endotoxine dabei frei werden und die Blasenbildung hervorrufen. Daß der über allen Zweifel vorhandenen Immunität nach Vakzination irgendwelche Antikörper zugrunde liegen, ist sicher anzunehmen, doch mußten diese erst nachgewiesen werden, bevor wir über die Theorie v. Pirquets diskutieren.

Theodor Escherich tritt den Ausführungen Kraus entgegen, wenn er auch zugeben muß, daß die Theorie Pirquets noch nicht bewiesen sei. Jedenfalls haben die Thesen Pirquets sehr viel für sich und stimmen auch, wenigstens zum Teil mit manchen im Volke verbreiteten und auch ärztlich angenommenen Vorstellungen überein. Von jeher hat man angenommen, daß kräftige Personen ein besonders intensives Masernexanthem aufweisen und in dem Zurücktreten eines Exanthemes oder der unvollständigen Entwicklung desselben ein signum mali ominis erblickt. Wenn wir mit v. Pirquet annehmen, daß das Exanthem einen Maßstab liefert für die Produktion der Antikörper, also die Widerstandsfähigkeit des Organismus, ist dies ohneweiters verständlich. Freilich sind diese Antikörper noch nicht nachgewiesen, sie sind vorläufig ebenso wie die Ehrlichschen Seitenketten eine Arbeitshypothese.

Wilhelm Knöpfelmacher erinnert daran, daß der Ausbruch eines Exanthems bei Immunen und Nichtimmunen sich verschieden verhält, was sich auch durch Injektionsversuche am Menschen zeigen läßt. Die Tatsache würde mit der Anschauung Pirquets, daß das Exanthem mit Agglutinen zusammenhänge, übereinstimmen.

Im Schlußworte wendet sich Pirquet gegen Kraus, der seiner Theorie jede wissenschaftliche Berechtigung abspricht und betont ausdrücklich den hypothetischen Charakter seiner Theorie.



Kraus irrt jedoch, wenn er behauptet, daß im variolovakzinalen Prozeß noch gar keine Antikörperreaktionen nachgewiesen wurden. Beclive, Chambon und Monard haben doch unzweifelhaft nachgewiesen, daß eine antivirulente, wahrscheinlich bakterizide Substanz im Serum der Vakzinierten zu derselben Zeit auftreten, wo die Virulenz des Pustelinhaltes erlischt. i. m.

Konstituierende Versammlung des Landesverbandes der Ärzte Deutschböhmens.

Am 26. Dezember 1906 fand in Prag die konstituierende Versammlung des Landesverbandes der Ärzte Deutschböhmens statt.

Anwesend waren die Proponenten und Obmänner der Gauverbände, die Delegierten der Bezirksvereine, zahlreiche ärztliche Vereine und auch die deutsche medizinische Fakultät Prag war vertreten durch die Professoren und Dozenten: v. Jaksch, Petřina, Rudolf Fischl, Gottfried Pick, Waelsch usw.

Dr. Gottlieb Pick (Aussig) eröffnete namens der Proponenten des Vereines die Versammlung.

Er führt aus, daß die Konstituierung des Landesverbandes den Schlußstein in der wirtschaftlichen Organisation der Ärzte Deutschböhmens bilde. Diese bestehe jetzt aus 30 Bezirksvereinen, welche in 7 Gauverbänden vereinigt sind, und umfasse bereits über 720 deutschböhmische Ärzte. Der zahlreiche Besuch der heutigen Versammlung, insbesondere von seiten der auswärtigen Vertreter, darf wohl als Beweis angesehen werden, daß die wirtschaftliche Organisation auch weiterhin gedeihen wird, und er hofft, daß auch der Verlauf der Versammlung ein erfreulicher sein und geeignet sein wird, der wirtschaftlichen Organisation neue Anhänger und Freunde zu werben.

Als Vorsitzender wurde Dr. Walter gewählt.

Nach Begrüßung der fremden Delegierten durch denselben sprach Regierungsrat Prof. Dr. Petřina.

Als Delegierter des Geschäftsausschusses der Ärztekammern Österreichs und als Präsident der Ärztekammer von Böhmen und Obmann der Deutschen Sektion begrüße ich Sie auf das herzlichste und drücke im Namen dieser Vereine und Korporationen die Freude aus, daß wir endlich zur Konstituierung des Landesverbandes unserer Organisation gekommen sind. Welchen großen Wert dies haben wird, wird keiner mehr zu schätzen wissen, als die Ärztekammer selbst. Sie wissen, daß es zwei Momente gibt, welche die angestrengte Tätigkeit der Ärztekammer zu keinem guten Erfolge geführt haben, es sind das die ungenügenden Kammergesetze und die Zerfahrenheit und Uneinigkeit in der Ärzteschaft selbst, die Indolenz gegenüber den wichtigsten Standesfragen. Jetzt, wo die Organisation zur Tat wird, hoffen wir und erwarten mit Sicherheit, wird es anders werden. Es wird durch Ihr Zusammenhalten auch die Ärztekammer einen ganz anderen Wert haben. Sie wird an Ihnen eine Stütze finden und mit ihren Eingaben und Petitionen einen ganz anderen Rückhalt an der organisierten Ärzteschaft haben. Darum, meine Herren, können Sie versichert sein, daß ich im Namen der Organisationen, die ich hier vertrete, das Versprechen gebe, daß wir Ihnen treue und sichere Bundesgenossen sein werden in allen Ihren Bestrebungen und daß wir Sie mit aller unserer Macht, die hoffentlich durch die neue Ärzteordnung noch größer wird, unterstützen werden.

Nach ihm sprach Dr. Grün (Wien).

Derselbe meint, daß die eben geschaffene Organisation alle Bedingungen einer sicheren Zukunft in sich trage und er mit einem gewissen Neide auf die Organisation in Böhmen blicke, weil wir eben wissen, daß nur eine Organisation, die auf der tatkräftigsten Grundlage aufgebaut ist, wie sie von guten Führern entworfen wurde, Aussicht hat zu existieren und Erfolge zu erzielen. Wir haben in Wien auch eine Organisation, aber obwohl wir lange Zeit gebraucht haben, um sie zu erzeugen, ist sie doch immer noch eine Frühgeburt, schwach und zart, und verdient die Aufschrift: „Vorsicht, nicht stürzen!“ Aber vorderhand müssen wir damit zufrieden sein, denn in einer Großstadt ist es viel schwieriger wie auf dem flachen Lande zu organisieren, die Gegensätze zwischen den Ärzten selbst sind größer, so daß wir froh sein müssen, wenn die äußeren Umrisse gegeben sind für eine Organisation.

Als Vertreter der mährischen Ärztekammer sprach Dr. Sabel:

Die Ärzte in Mähren sind so ziemlich in derselben Lage, wie die in Böhmen. Wir anerkennen unbedingt die Notwendigkeit einer wirtschaftlichen Organisation, wohl wissend, daß, wenn wir auch selbst nicht die Früchte des Baumes genießen werden, den wir heute pflanzen, wir dennoch energisch an die Arbeit gehen müssen, in dem Bewußtsein, daß unsere Kinder die Früchte dieser Arbeit ernten werden. In diesem Sinne begrüßt er auf das herzlichste die Gründung des Landesverbandes.

Im Namen des Leipziger Verbandes sprach Dr. Hellpach (Leipzig):

Es ist für die Ärzte im allgemeinen kein leichter Schritt zur wirtschaftlichen Organisation und Sie werden in Böhmen wahrscheinlich dieselbe Erfahrung gemacht haben, wie wir, daß viele Ärzte der Organisation fern bleiben aus Gleichgültigkeit oder auch aus Abneigung gegen das Eintreten in einen Kampf für materielle Interessen. Aber in einer Zeit, wo jeder Stand mit rücksichtsloser Ellbogenmacht seinen wirtschaftlichen Interessen Raum zu erobern sucht, muß der ärztliche Stand mit seinen idealen Interessen unter die Räder kommen, wenn er nicht auch sich gegen den Ansturm der Not tatkräftig wehrt. Es bleibt nur die wirtschaftliche Organisation übrig. Daß wir Ärzte Deutschlands zum weit größten Teile in diesem Kampfe stehen, brauchen wir nicht zu bereuen. Das Geheimnis des Erfolges, welchen der Leipziger Verband zu verzeichnen hat, beruht darin, daß er sich entschlossen hat, in einen wirtschaftlichen Interessenkampf, in wirtschaftliche Interessenpolitik, über alle religiösen und politischen Unterschiede hinweg, einzutreten.

Meine Herren, ich gebe dem Wunsche Ausdruck, daß Ihre Organisation, zu der Sie heute den Schlußstein legen, einmal vorbildlich sein möge für die ganzen österreichischen Länder überhaupt, ferner dem Wunsche, daß sie auf dem Wege der Arbeit, in welche sie heute eintreten, recht schöne Erfolge wirtschaftlicher Art pflücken mögen, in der Überzeugung, daß diese wirtschaftlichen Erfolge auch den idealen Interessen des Standes der Ärzte in Österreich und des ärztlichen Standes überhaupt zugute kommen werden.

Im Namen des Zentralvereines deutscher Ärzte in Böhmen sprach Prof. Jaksch.

Es werde auch in Zukunft Aufgabe des Zentralvereines sein, in materieller wie auch in anderer Beziehung der Organisation ratend und helfend zur Seite zu stehen, und er könne schließlich nur dem Wunsche Raum geben, daß der heutige Tag ein Ehrentag, ein Ruhmesblatt sein möge für die deutschen Ärzte in Böhmen. Aber noch eines! Erst in dem Momente wird die Organisation in Böhmen wirklich geschlossen sein, bis die Angehörigen beider Nationalitäten sich dieser Organisation angeschlossen haben. Heute haben wir mit Vergnügen gehört, daß sich auch da ein guter Ansatz gezeigt hat, indem wir Vertreter der anderen Nationalität hier haben. es wäre dies nur im Interesse der beiden dieses schöne Land bewohnenden Nationalitäten. Er hofft, daß der Same, der heute gesät wird, aufgeht, und ich rufe daher ein Vivat, crescat, floreat der wirtschaftlichen Organisation der Ärzte Böhmens zu.

Es folgten noch Ansprachen des Dr. Kutnik, Löwenstein usw.

Die meritorischen Verhandlungen wurden eingeleitet durch den Vortrag des Dr. Gottlieb Pick über die Aufgaben der wirtschaftlichen Organisation. Derselbe führte ungefähr folgendes aus:

Die Not des ärztlichen Standes und die dadurch erregte Unzufriedenkeit sind es, die uns zusammengeführt hat. Der materielle Niedergang und das Schwinden des Ansehens des



ärztlichen Standes mußten einen gewissen Tiefpunkt erreicht haben, bevor in immer weitere Kreise der Ärzte die Überzeugung drang, daß nur durch engen Zusammenschluß auf wirtschaftlicher Grundlage den Ärzten geholfen werden könne. Welche waren nun die Ursachen dieses Niederganges. Die zweite Hälfte des vorigen Jahrhunderts ist gekennzeichnet durch eine intensive Entwicklung des wirtschaftlichen Lebens; überall entstanden neue Fabriken und Unternehmungen, welche einer großen Menge Arbeitern Arbeitsgelegenheit boten; infolgedessen stieg der Wert der menschlichen Arbeitskraft. Die aufstrebende Industrie hatte ein großes Interesse, sich einen gesunden Arbeiterstand zu sichern. Es wurde daher der hygienischen Fürsorge der Arbeiter erhöhte Aufmerksamkeit zugewendet. Da die gleichzeitigen Forschungen der ärztlichen Wissenschaft gelehrt hatten, den Krankheiten vorzubeugen, so wurden vom Staate, dem Lande, den Städten und Gemeinden Ärzte angestellt, welche über den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu wachen hatten und dieselbe vor Erkrankungen bewahren sollten. Um auch dem erkrankten Arbeiter die Gelegenheit zu bieten, möglichst rasch und vollständig wieder gesund zu werden, wurden neue Krankenhäuser gebaut und insbesondere die obligatorische Versicherung des industriellen Arbeiters gegen Krankheit und Unfall eingeführt.

So wurde durch die neue Zeit, die veränderte Lebensbedingungen auf allen Gebieten geschaffen hatte, auch der Ärztestand aus der behaglichen Ruhe aufgerüttelt, in welcher derselbe durch Jahrhunderte dahingelebt hatte. Früher war die überwiegende Anzahl der Ärzte Heilärzte gewesen, die ihr Einkommen aus dem Erträgnisse der Privatpraxis bezogen; jetzt wurde das Tätigkeitsgebiet des Privatarztes immer mehr eingeschränkt. An seine Stelle trat der mit einem Pauschale angestellte Arzt, der neben der Heiltätigkeit in erster Linie Sozialhygieniker, Prophylaktiker und Gutachter sein sollte; es entstand das große Heer der Gemeinde- und Distriktsärzte, der Krankenkassenärzte.

Zwischen dem Hausarzte älteren Schlages und dem Privatpublikum herrschte ein, ich möchte sagen, patriarchalisches Verhältnis. Da verhältnismäßig wenig Ärzte waren, so hatten die meisten, wenn auch kein glänzendes, so doch hinreichendes Auskommen; sie waren beliebt und angesehen. Jeder Arzt ging aber seine eigenen Wege; er ging in der Betätigung seines humanen Berufes auf, ohne sich bewußt zu sein, daß jeder einzelne nur ein Glied eines großen Ganzen ist, mit dem sein Wohl und Wehe unzertrennlich zusammenhängt.

Die Pflege der Kollegialität schien in dieser Zeit nicht unbedingt notwendig, da dem einzelnen Arzte auch nur der einzelne Kranke gegenübertrat. Durch die früher geschilderten Umwandlungen wurde es anders. Der Arzt wurde für seine Leistungen nicht mehr von dem einzelnen bezahlt, sondern von einer Organisation — der Gemeinde, dem Lande, dem Staate, der Krankenkasse. Diese schlossen mit dem einzelnen Arzte Verträge ab. Da der Arzt bei diesem Vertragsabschluß stets der wirtschaftlich schwächere war, so fiel der Vertrag naturgemäß zu ungunsten des Arztes aus. Dies umsomehr, als schon bei Schaffung der diesbezüglichen Gesetze auf den Arzt überhaupt und insbesondere auf eine entsprechende Bezahlung seiner Leistungen nicht die genügende Rücksicht genommen wurde. Der Gesetzgeber sowohl als auch die ausführenden Organe rechneten einerseits mit der idealen Gesinnung und humanitären Empfindung des Ärztestandes, andererseits mit seiner mangelhaften sozialen Einsicht und wirtschaftlichen Schulung. Und sie hatten sich nicht verrechnet; denn die Ärzte sahen anfangs gar nicht ein, daß durch die soziale Gesetzgebung und ihre praktische Ausführung sich die Grundlagen ihrer wirtschaftlichen Existenz zum Nachteile verändert hätten; ja die meisten unter ihnen freuten sich über die neuen Tätigkeitsgebiete, die ihnen eröffnet, und insbesondere über das Fixum, das nach ihrer Meinung ihrer Existenz einen gewissen Rückhalt verleihen werde.

So drängten sich die Ärzte zu diesen neuen Stellungen, und dies umsomehr, als gerade um dieselbe Zeit und wohl im ursächlichen Zusammenhange damit ein großer Zufluß zum Studium der Medizin stattfand. Um jede noch so elende Stelle standen eine ganze Menge von Bewerbern zur Verfügung; das Wort, das der Ministerpräsident Taaffe gebraucht haben soll, es traf den Nagel auf den Kopf: Ärzte waren um jeden Preis zu haben. Aber mit der Zeit wurde es immer klarer, daß man die humane Gesinnung der Ärzte schmählich ausgenützt hatte, daß man den Ärzten eine Menge wichtiger Arbeiten aufgebürdet hatte, die für die Allgemeinheit von größter Bedeutung, von den Ärzten teils umsonst, teils bei unzureichender Bezahlung geleistet wurden.

Am meisten fühlbar machte sich mit der Zeit der Druck, der von den Krankenkassen auf die Ärzte ausgeübt wurde.

Die Ärzte wurden auch vertröstet, daß man bei einer Änderung des Arbeiterversicherungsgesetzes ihren Wünschen entgegenkommen werde. Als nun vor zwei Jahren das Programm für die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung veröffentlicht wurde, bereitete es uns allen eine große Enttäuschung; keine unserer wohlbegründelen Forderungen wurde erfüllt, im Gegenteil, es wurden uns neue Lasten zugemutet ohne die geringste Gegenleistung.

Nun konnte auch der Langmütigste sich der Einsicht nicht verschließen, daß der Staat uns nicht helfen könne oder wolle, und daß wir andere Wege wandeln müssen, soll der ärztliche Stand nicht der vollständigen Verelendung preisgegeben werden.

Die Verbesserung der Lage kann nur durch eigene Kraft des ärztlichen Standes vor sich gehen, durch die Selbsthilfe.

Die gemeinsame Ursache des wirtschaftlichen Niederganges läßt sich kurz dahin zusammenfassen, daß um jede freigewordene Arztstelle genügend Bewerber zur Verfügung standen. Sollte es besser werden, mußte hierin Wandel geschaffen werden. Das Angebot der ärztlichen Arbeitskraft, bisher ungeregelt, mußte in die richtigen Bahnen gelenkt werden. Die Arztstellen mußten von nun an nur unter gewissen Bedingungen vergeben werden, und diese Bedingungen werden von einer von den Ärzten frei gewählten Vertretung, den Vertragskommissionen, bestimmt. (Schluß folgt.)

V. Aus der Praxis.

Zur Behandlung der Gonorrhoea masculina. Von Doktor Stock in Köln a. Rh.

In einer zusammenfassenden Darstellung über die moderne Therapie der Gonorrhoe räumt St. der inneren Behandlung eine hervorragende Stelle ein. Dies entspricht durchaus, wie Autor hervorhebt, dem Standpunkt, der in der neueren Literatur allgemein zur Geltung kommt. Als gegen die rein lokale Therapie sprechende Gründe führt Verf. in erster Linie ihre so häufig für Arzt und Kranken unbefriedigenden Erfolge und die Unmöglichkeit der dauernden Durchführung bei Komplikationen an.

Unter den für den inneren Gebrauch in Betracht kommenden Mitteln, von denen die gebräuchlichsten besprochen werden, hat sich, wie allseitig berichtet wird, das Arhovin (chemisches Institut Dr. Horowitz, Berlin) als besonders wertvoll erwiesen, da es bei stärksten antogonorrhoischen Eigenschaften völlig frei ist von den unangenehmen Nebenwirkungen der Balsamika. Dabei hat es noch den allein ihm zukommenden Vorzug, daß es gleichzeitig in öliger Lösung als gänzlich reizloses, sehr wirksames Injektionsmittel Verwendung finden kann.

Die innere Arhovinmedikation ist, nach den Darlegungen des Verf., bei akuter Urethritis anterior vor allem dann allein am Platz, wenn heftige Entzündung, Schmerzen beim Urinlassen und Schwellung der Harnröhrenmündung bestehen; St. hat davon gute Wirkungen gesehen. Sodann bietet die innere Behandlung „einen vollkommenen Ersatz der spezifischen Arzneien", wenn Komplikationen eintreten: Nebenhodenentzündung, Blasenkatarrhe,



bezw. aufsteigende Entzündung der Harnwege. Hier bildet „Arhovin eine Bereicherung des medizinischen Rüstzeuges gegen die Gonorrhoe!“ Endlich feiert die interne Arhovinbehandlung noch Triumphe bei der chronischen Gonorrhoe; sie erweist sich hier „nicht selten überraschend wirkungsvoll“. Nach St. beruht die Wirksamkeit des Arhovins auf seinen desinfizierenden Eigenschaften.

Zur lokalen Behandlung schreitet Verf. bei akuter Gonorrhoe erst nach dem Abnehmen der Entzündungserscheinungen. Arhovin kommt in 2—5%iger öliger Lösung zur Anwendung. Auch bei Beteiligung der ganzen Harnröhre hat sich das Mittel bewährt. Besonderen Erfolg haben mit Arhovin (0·05) bereitete Schmelzbougies, die mehrmals täglich eingeführt werden, bei Strikturen aufzuweisen.

Aus diesen kurzen Anführungen dürfte schon die hochbedeutsame Rolle ersichtlich sein, welche dem Arhovin in der Gonorrhoe-Therapie beschieden ist.

VI. Notizen.

* An der Berliner Universität werden Frauen nicht zu allen Vorlesungen und Übungen zugelassen. Folgende Professoren und Dozenten der medizinischen Fakultät lassen Frauen zu ihren Vorlesungen und Übungen überhaupt nicht zu: Prof. Dr. v. Bergmann, Prof. Dr. Orth, Prof. Dr. Pagel, Prof. Dr. Sonnenburg, Prof. Dr. Waldeyer, Dr. Hiller, Dr. Köhler, Dr. Perl, Dr. Schüller, Dr. Strauch. Von bestimmten Vorlesungen schließt die Frauen aus: Prof. Dr. Lesser (öffentliche Vorlesung über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten). Die Professoren und Dozenten Busch, Casper, Dubois-Reymond, Engelmann, Posner, Remak, Senator, Straßmann, Warnekros machen die Zustimmung von der vorherigen Einholung einer persönlichen Erlaubnis abhängig. Alle übrigen Universitätslehrer, etwa vier Fünftel des gesamten Lehrkörpers, lassen Frauen nach Maßgabe der allgemeinen Bestimmungen zu ihren Vorlesungen zu.

Die Folgen des Fechtens und Trinkens. Aus der medizinischen Klinik in Tübingen veröffentlicht Bingel in der Münchener medizinischen Wochenschrift Untersuchungen, die er an Studenten einer schlagenden Verbindung durchgeführt hat, um festzustellen, welchen

Einfluß das Trinken, die ausgiebige Körperanstrengung beim Fechten und die gemütlichen Aufregungen des Verbindungslebens und der Mensur mit ihrem Vor- und Nachspiel mit sich bringen. Es stellen sich ja oft bei den jungen Leuten in den ersten Wochen unangenehme Gefühle am Herzen, Druck auf der Brust, Herzklopfen, Magenbeschwerden, leichte Ermüdbarkeit und Aufregungszustände ein. Am Herzen selbst hat sich nun aber bei genauer Untersuchung auch mit Röntgenstrahlen keine objektive Veränderung nachweisen lassen. Auch bei den Untersuchungen nach der Mensur ließen sich keine Verbreiterungen des Herzens nachweisen, selbst bei Studenten nicht, die bei der Mensur über Herzbeklemmungen zu klagen hatten. Dagegen fand sich in 48 Untersuchungsfällen die juvenile Arteriosklerose 16mal in stärkerem und 16mal in leichterem Maße. Die „Tropfenform" des Herzens konnte fünfmal festgestellt werden. In all diesen Fällen handelte es sich um vorher durchaus gesunde Herzen. Der Verfasser schließt daher, daß das gesunde Herz durch die Einflüsse des Studentenlebens während der üblichen Zeit der Aktivität wenigstens nicht in erkennbarer Weise geschädigt wird. Dagegen lassen, wie hier ausdrücklich bemerkt, die Beobachtungen keinen Schluß darüber zu, ob ein Herz, das ein ausgiebiges Studentenleben hinter sich hat, nicht früher und leichter versagt, wie ein anderes. Von großer Bedeutung ist es, ob die Lebensführung der ersten Semester über diese Zeit fortgesetzt wird. Ist das Herz vorher schon irgendwie, z. B. durch Influenza, Gelenkrheumatismus, Scharlach oder sonstige Infektionskrankheiten, Kropf, sportliche Überanstrengung, besonders Fettleibigkeit, irgendwie geschädigt, so läuft es Gefahr, insuffizient zu werden. In dieser Beziehung sind fünf Fälle angeführt, bei denen sich während der Studentenzeit bei einem täglichen Genusse von etwa zwei bis vier Liter Bier mehrmals im Anschluß an eine Mensur ausgesprochene Herzstörungen entwickelten, die lange Zeit zu ihrer Heilung brauchten, bezw. fortbestanden. Wenn daher der Verfasser auch „bei vorher gesunden Herzen, bei nicht allzu großer Übertreibung mit den üblichen Methoden, keine Schädigungen nachweisen konnte", so spricht er sich doch dahin aus, „daß er nach wie vor der Überzeugung sei, daß der übermäßige Bierkonsum auf den deutschen Universitäten im Verein mit starken körperlichen und psychischen Anstrengungen des Verbindungslebens und des Fechtens eine Schädlichkeit bedeutet, wobei der Bierkonsum als weit im Vordergrund stehend anzusehen sei."

Gießen. Die philosophische Fakultät der hiesigen Universität hat beschlossen, das lateinische Doktordiplom durch das deutsche zu ersetzen. Die neue Urkunde wird folgenden Wortlaut haben: „Unter der Regierung des Großherzogs . . ., des Rector magnificentissimus der Ludwigs-Universität. Auf Beschluß der philosophischen Fakultät und mit Zustimmung des Rektors ernennt der Dekan Herrn . . . aus . . . auf Grund . . . (Note) bestandener Prüfung nach Veröffentlichung seiner Schrift . . . (Titel) zum Doktor der Philosophie. Zum Zeugnis dessen ist diese Urkunde von Rektor und Dekan ausgestellt worden. G i e ß e n, am . . . Der Rektor . . . (Siegel). Der Dekan . . .".



Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor
Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/$_1$, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/$_2$, Spengergasse 21.



WIEN. **XXX. Jahrgang.** **LEIPZIG.**

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
o. ö. Universitätsprofessor **Dr. J. Nevinny** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 12. Wien, 23. März 1907. **Nr. 12.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die bisherigen Erfolge meiner unblutigen Behandlung des Krebses und die „Autoritäten".

Von Prof. Dr. **Albert Adamkiewicz.**

Vorliegende Arbeit schließt die Kette der Beweise dafür, daß die Krebszelle ein Tier ist und daß das Kankroin, indem es dieses Tier tötet, die wissenschaftliche Grundlage zur Heilung des Krebses gelegt hat.

Auch stellt diese Arbeit die Ergebnisse übersichtlich zusammen, die nach meiner Methode auf diesem Gebiete bereits erreicht worden sind.

Sie hat es dabei nicht vermeiden können, die Grundzüge eines — übrigens bereits bekannten — Anschlages klar zu legen, welcher gemacht worden ist, meine Arbeiten zu stören und, als das nicht gelungen war, mich aus meinem geistigen Besitz zu drängen.

Mögen die Schlußbeweise dieses Geschehens, das bisher weder Genugtuung noch Sühne gefunden hat, endlich das öffentliche Gewissen im Interesse der Menschlichkeit wecken.

Nachdem meine Theorie von der Tiernatur der Krebszelle und die hieraus abgeleitete und bewiesene Heilbarkeit des Krebses nicht nur durch die experimentellen und klinischen Tatsachen, sondern auch durch die bekannte an ihnen auf der sogenannten „Internationalen Krebskonferenz" zu Heidelberg vom 25. September 1906 vorgenomme und historisch gewordene Enteignungsoperation[1]) zu einer anerkannten wissenschaftlichen Wahrheit geworden sind, halte ich es nunmehr an der Zeit, auch meine bisherigen Kankroinerfolge zu sammeln und sie übersichtlich zusammenzustellen. — Nicht als ob ich damit den Schein erwecken wollte, die Erfolge des Kankroins seien so sicher, daß man bereits das Gesetz dieser Erfolge zahlenmäßig ausdrücken und statistisch formulieren könnte. Davon kann bei der Verschiedenheit der Fälle, der Mannigfaltigkeit der Krankheitsprozesse, der Launenhaftigkeit der Zufälle und Umstände, die hier den Gang der Dinge beherrschen, vorläufig noch nicht die Rede sein. Aber die unter den schwierigsten Verhältnissen erreichten, den feindseligsten Umständen abgerungenen und übersichtlich zusammengestellten Erfolge sollen zeigen, welche ungeheure Summe von Hilfe armen, unglücklichen, verlassenen und verzweifelten Menschen die neue Wahrheit bereits gebracht hat, — obgleich sie verraten und verkauft inmitten einer ihr nach dem Leben trachtenden Schar von Feinden, während sie mit Selbstverleugnung sich in den Dienst der Menschlichkeit stellte, für ihre eigene Existenz einen Verzweiflungskampf zu führen genötigt war, — und was sie unter freundlichen Verhältnissen geleistet haben würde. —

Bevor ich jedoch meine bisherigen Kankroinerfolge hier übersichtlich zusammenstelle und aus dieser Zusammenstellung die sich ergebenden Schlüsse ziehe, will ich mit der Erklärung nicht zurückhalten, daß es sich an der von mir gefundenen, grundlegenden Wahrheit über das Wesen des Krebses versündigen hieße, wollte man den Unfug, der mit der sogenannten „Statistik" der Heilerfolge bei der Behandlung des Krebses getrieben wird, kritiklos auch jetzt noch weiter dulden. Denn steht es einmal fest, daß die Krebszelle ein Tier ist und daß das Kankroin die Krebszelle tötet, dann muß es der gesunde Menschenverstand auch ohne Statistik begreifen, daß das Kankroin den Krebs heilt, daß es aber ebenso wenig imstande ist, im voraus zu bestimmen, wann, wo, wie oft und in welchem Grade es dieses Ziel erreicht, als es ihm möglich ist, die Individualität der Kranken, die Verschiedenheit der Krankheitsprozesse und die auf sie einwirkenden Zufälle und Umstände zu beeinflussen.

Und steht es anderseits fest, daß der Chirurg, der den Krebs operiert, nur das vom Krebs mechanisch entfernt, was er von dessen makroskopischen Wucherungen sieht und fühlt, dagegen die mikroskopischen, für ihn nicht sichtbaren Keime der Krebskokzidie im Körper des Kranken zurückläßt, so kann es nicht zweifelhaft sein, daß das Messer den Krebs überhaupt nicht heilen kann und daß der „Statistik" solcher Heilerfolge jede wissenschaftliche Basis fehlen muß, weil diese nichts anderes sind, als Spiele des Zufalles.

[1]) Für die mit der Geschichte meiner Krebsforschungen nicht Vertrauten teile ich hier in Kürze mit, daß, nachdem ich dem an mich von seiten des Ministeriums für Kultus und Unterricht ergangenen Ruf vom 21. Juli 1891 nach Wien gefolgt bin, um hier die „tunlichste Förderung und Unterstützung" in meinen Forschungen über den Krebs zu erfahren, ein von Herrn Hofrat Albert und seinen Genossen wohlvorbereitetes Komplott mich empfing, das meine Arbeit stören — und mich kompromittieren sollte. Die durch diese Umstände herbeigeführte Situation hat nun Herr Geheimrat v. Leyden seit 1897 dazu benutzt, mich aus der Literatur zu drängen und dadurch das zu erreichen, was er unter Beihilfe des Herrn Geheimrates Ehrlich (Frankfurt a. M.) und Exzellenz Czerny (Heidelberg) auf der sogenannten „Internationalen Krebskonferenz" zu Heidelberg vom 25. September 1905 mit feierlichem Pomp vollzogen hat, — die Besitzergreifung der Resultate meiner Krebsforschungen.

Wenn ich nunmehr trotzdem in der nachfolgenden Tabelle eine übersichtliche Aufstellung aller derjenigen Fälle gebe, in welchen der Krebs unter meinen Augen in relativ kurzer Zeit durch das Kankroin zum Verschwinden gebracht worden ist, so will ich an dieser Stelle aus zwei Gründen von „Heilungen" nicht sprechen.

Einerseits mag es fraglich sein, ob ein vom Krebs einmal stärker ergriffener Körper seinen ursprünglichen Zustand überhaupt erreichen kann, und ich möchte meine gute Sache vor denjenigen möglichst schützen, welche nach frivolen Argumenten gegen sie suchen. — Und dann handelt es sich mir weniger um ein Wort, als um die Sache, — weniger darum, vom Todeskeim angefressene, dem Tode verfallene, dem entsetzlichen Schicksal des Aufgefressenwerdens bei lebendigem Leibe mit allen seinen Schrecknissen und Leiden preisgegebene Unglückliche in einen anatomisch tadellosen Zustand zu versetzen, als vielmehr sie der Wut des Krebstieres und der Furchtbarkeit ihres Schicksales zu entreißen, dem Leben zu erhalten und dieses Leben ihnen möglichst erträglich zu machen.

Doch bin ich anderseits auch davon weit entfernt, die Möglichkeit der Heilung des Krebses selbst in diesem übertriebenen Sinn auszuschließen. — Nur ist es mir unter den Umständen, unter welchen ich bisher zu arbeiten genötigt war, unmöglich, über solche Heilungen die für ein abschließendes Urteil mir nötig scheinende Kontrolle strikte durchzuführen.

Übrigens ist mit Auffindung des Krebserregers die Heilbarkeit des Krebses bewiesen und mit der Auffindung des Mittels, die Krebskokzidie zu töten, das Problem der Heilung des Krebses wissenschaftlich gelöst.

Wer danach noch den Mut hat, das Erreichte mit leeren Begriffen und engherzigen Worten herabzusetzen, dem hat die Natur das Beste versagt, womit sie ihre Lieblinge begnadet, — die Freude am Guten und die Achtung vor der Wahrheit.

Die in nebenstehendem Verzeichnis (die Belege sind in meinem Besitz) zusammengestellten Fälle sind Beobachtungsreihen entnommen worden, welche ich bis Oktober 1906 an nachbenannten Stellen veröffentlicht habe.

Die genauen Krankengeschichten befinden sich an diesen Stellen, und zwar:

In Untersuchungen über den Krebs der Bericht	über	25	Fälle
„ Die Heilung des Krebses	„	49	„
„ Ärztliche Rundschau	„	18	„
„ Deutsche Ärzte-Zeitung	„	5	„
zusammen	über	97	Fälle.

In 97 Fällen ist folglich nach obigem Verzeichnis der Krebs 23 Mal zum Verschwinden gebracht worden. Das gibt einen Erfolg von 24%.

War dieser Erfolg auch kein einheitlicher, hat er in einigen Fällen Jahre (so beispielsweise in Fällen 12, 19, 26), in anderen nur Monate (Fall 13) angehalten, ist er in der einen Reihe von Fällen erst durch den Tod (so Fall 2, 14, 19, 22), in einem anderen durch einen Rückfall (20) unterbrochen worden, die Tatsache eines ersten und mächtigen, durch die neue Erkenntnis des Wesens der Krebskrankheit gewonnenen Einflusses auf dieses bis dahin unbeeinflußbare Leiden steht nach der obigen Zusammenstellung über allen Zweifeln fest und muß als eine neue und segensreiche Errungenschaft, aber auch zugleich als diejenige Grundlage anerkannt werden, von welcher jeder weitere Fortschritt auf diesem überaus wichtigen Gebiete wird ausgehen müssen.

Was die Berechtigung dieses Schlusses erhöht, das ist jedenfalls noch der Umstand, daß das Krankenmaterial, an dem er gewonnen worden ist, das denkbar ungeeignetste gewesen ist, und daß die Kankroinerfolge zweifellos noch weit besser ausfallen werden, wenn die durch eine bekannte Organisation irregeführten Kranken sich gewöhnt haben werden, das Kankroin nicht als letzte, sondern als erste Zuflucht ihres Leidens zu betrachten.

Die wenn auch nicht häufige Wiederkehr des Krebses (nach obigem Ausweis etwa in einem Drittel der Fälle), nachdem derselbe dem Kankroin gewichen ist, fordert eine Aufklärung dieser Tatsache.

Wenn bei der operativen Entfernung des Krebses der mikroskopische Teil desselben im Körper des Kranken verbleibt, so ist es vollkommen klar, daß dieser Teil allmählich nachwächst und schließlich sichtbar wird.

Die der operativen Entfernung des Krebses deshalb nahezu regelmäßig folgende sogenannte „Rezidive" ist daher nichts anderes, als die unmittelbare Fortsetzung des alten Krebses.

I. Verzeichnis

der Fälle, in welcher der Krebs unter dem Einfluß des Kankroins verschwunden ist.

Zahl	Sitz des Krebses	Name d. krank. Personen, Alter	Ort d. Krankengeschichte	Seite	Ärzte, die den Fall beobachtet haben
1	Netzhaut	Fr. B. Katscher 42	H.[1])	185	Prof. Goldzieher, Budapest.
2	Zunge	Fr. v. Mingazzi 54	„	173	—
3	Unterlippe	Herr Gabut 68	U.[2])	62	Prof. Korczynski u. d. Studentensch. der Univ. Krakau.
4	Speiseröhre	Herr Heindl 60	„	100	—
5	„	Hr. Skarolski 60	H.	171	—
6	„	Frau Hode-Spungen 57	„	172	Dr. Kretschmer, Kurland.
7	„	Herr Weriko 57	„	223	—
8	Magen	Hr. Ogrizek 59	U.	101	—
9	„	Hr. Pistrakow 33	H.	82	—
10	„	Fr. Orszanski 38	„	180	Prof. Nothnagel
11	Leber (und Magen)	Herr Rabinowitsch 52	„	212	—
12	Darm	Frau Blind 52	„	213	—
13	Mastdarm	Herr Donath 52	Ä. R.[3]) 1906, Nr. 17, 21, 30		Dr. Julius Donath, Wien.
14	Bauchfell	Frau Kunz 35	H.	98 u. 117	Bezirksärzte Dr. Kurfürst, Dr. Gela, Mährisch-Weißkirchen.
15	Brustkrebs	Frau Mlcoch 48	U. H.	95 12	Dr. v. Winnicki, Wien.
16	„	Frau Kugel 54	„	184	Prof. Kugel, Dr. Dona, Bukarest.
17	„	Frl. Kirchberg 56	„	204	Prof. Leopold, Dresden.
18	„	Fr. Schwerer 56	D. Ä. Z.[4]) 15. IV. 1904		—
19	„	Fr. Zawadzka 42	D. Ä. Z. 15. I. 1904, 15. I. 1906		Bezirksarzt Dr. Gladyszowski, Tarnopol.
20	„	Fr. Brettmann 43	D. Ä. Z. 15. I. 1904, 15. I. 1906 Ä. R. 1906, Nr. 45 Bull. de l'Ac. d. M. Paris 23. X. 1906		Dr. Winkler, Jena.
21	Gebärmutter	Fr. Schembera 60	H.	157, 166	Dr. Zwintz, Wien.
22	„	Fr. Schrötter 64	„	199	Dr. Mantey, Elsterwerda.
23	„	Fr. Machs 36	„	215	Dr. Stock, Wien.

Ist dagegen ein sichtbarer Krebs durch das Kankroin zum Verschwinden gebracht worden, dann ist anzunehmen, daß inzwischen auch die mikroskopischen Keime des Krebses durch das Kankroin vernichtet worden sind, da dieses, nicht wie das Messer, nur die sichtbaren Wucherungen findet, sondern umgekehrt von der Seite des Blutes her zuerst an den mikroskopischen Krebs herantritt und folglich diesen vernichtet haben muß, bevor es den sichtbaren angreift.

Ein Krebsrückfall nach einer Kankroinheilung des Krebses kann demnach nicht mehr die unmittelbare Fortsetzung des

[1]) Adamkiewicz: Die Heilung des Krebses. Wien 1903. W. Braumüller.

[2]) Adamkiewicz: Untersuchungen über den Krebs. Wien 1903. W. Braumüller.

[3]) Ärztliche Rundschau. München. Dr. Krüche.

[4]) Deutsche Ärzte-Zeitung. Berlin. Prof. Pagel.

alten Krebses sein. Und ist er es nicht, dann kann nur eine Neuinfektion ihn erklären, für deren Verständnis wir keine Hypothese mehr brauchen. Ist es doch längst von mir[5]) bewiesen worden, daß die Krebskranken mit einer Disposition zu ihrer Krankheit geboren werden, die sich in den Familien forterbt, während die Krebskrankheit selbst immer erst durch Ansteckung erworben wird und daher niemals sich forterben kann.

Über einige Beobachtungen betreffend die Wirkung des „Valofin".

Von Dr. **H. Podloucky,** emer. Sekundararzt des k. k. Rudolfspitals in Wien.

Die Anwendung des Baldrians in der Therapie der nervösen Störungen, insbesonders der Neurosen, ist uralt. Schon im Altertum war die Radix Valerianae zur Bekämpfung letzterer in Gebrauch und wurde von den Ärzten als wirksames Medikament hochgeschätzt; bekanntlich wird sie auch in unserer Zeit speziell bei Hysterie sehr häufig verordnet. Die Droge enthält als wirksamen Bestandteil ein ätherisches Öl und die Baldriansäure. In dem ätherischen Öl ist das Borneol der wesentliche Körper, ein Kampfer, der auch den Hauptbestandteil des asiatischen Borneolkampfers bildet. Nach Tierexperimenten setzt das Borneol die Reflexerregbarkeit herab, die Baldriansäure wirkt antispasmodisch.

Wenn man nun auch nicht ohneweiters aus Tierversuchen auf gleiche Wirkungen am kranken Menschen zu schließen berechtigt ist, so hat eben doch die Erfahrung zweifellos ergeben, daß die Baldriananwendung in der Therapie der Neurosen — vielleicht auch anderer Nervenerkrankungen — in vielen Fällen sichtlichen Effekt für den Patienten hat.

Bis vor kurzem waren es hauptsächlich das Infusum oder die Tinctura Valerianae, welche ärztlich verordnet wurden. Ist nun die zu ihrer Bereitung erforderliche Droge selbst mehr oder weniger rasch Veränderungen unterworfen, welche ihre Wirksamkeit in Frage stellen können, so sind es noch mehr die erwähnten, aus ihr dargestellten Präparate. Dieselben zersetzen sich nach kurzer Zeit, indem die Ester der flüchtigen Fettsäuren in die betreffenden Alkohole und Säuren gespalten werden; sie können dadurch nicht nur unwirksam werden, sondern auch zu dem Organismus lästigen, ja schädlichen Nebenwirkungen führen. Man hat Ekel, Übelkeit, Magen- und Darmbeschwerden, selbst Hautausschläge nach Gebrauch der erwähnten offizinellen Valerianamittel beobachtet. In neuerer Zeit suchte daher die chemische Industrie Präparate herzustellen, welche die wirksamen Bestandteile der Baldrianwurzel in möglichst unveränderter Beschaffenheit bieten, ohne der geschilderten Zersetzung in gleichem Grade ausgesetzt zu sein, wie die altbekannten Mittel. Bis zu einem gewissen Grade ist dies gelungen, und es wurde auch dafür gesorgt, daß diese neueren Baldrianmittel in bequemer und angenehmer Form den Patienten geboten würden.

Auf letzteres mußte deshalb Gewicht gelegt werden, weil der Geruch und Geschmack der meisten derselben durchaus kein angenehmer ist.

Die Anzahl der modernen Baldrianpräparate ist eine ziemlich große. Sie enthalten teils nur Salze der Baldriansäure, wie das baldriansaure Atropin, Zink, Chinin, teils andere Verbindungen der Säure, so das Valyl, Validol, Valerydin, Valearin; in den genannten Mitteln ist das Borneol der zweite wirksame Bestandteil der Droge, nicht verwendet, da man — wohl mit Unrecht — mancherseits bloß die Baldriansäure als wirksames Prinzip der Droge ansah. Nun erscheint aber nach den Ergebnissen des Tierexperimentes zur Entfaltung der vollen Valerianawirkung die Mitwirkung des Borneols wohl unerläßlich. Es sind daher andere Präparate hergestellt worden, welche die beiden wirksamen Bestandteile der Wurzel in unveränderter, haltbarer Form bieten, so daß wir der altbekannten Infuse und Tinkturen entraten können, welche allein die volle Baldrianwirkung erzielen, aber die erwähnten Übelstände aufweisen. Zu diesen Präparaten gehören das Bornyval und das Valofin. Beide enthalten sowohl Valeriansäure als Borneol.

Mit dem Valofin hat Dr. Julius Flesch in Wien zahlreiche Versuche angestellt. Dasselbe stellt eine hellgelbe, vollkommen klare, leichtbewegliche Flüssigkeit dar, von aromatischem, pfefferminzähnlichem Geruche und Geschmacke und soll zu 15—25 Tropfen in einer Tasse heißen Zuckerwassers genommen, einen vollkommenen Ersatz für einen frisch bereiteten Valerianaaufguß bieten. Die Kombination mit Pfefferminze scheint dem Valofin einen Vorzug vor anderen Präparaten zu verleihen, da die Mentha piperita als Nervinum ebenfalls einen gewissen Wert besitzt.

Ich habe das Valofin bei einer Anzahl von Patienten in der Privatpraxis verwendet, es auch selbst durch zirka 14 Tage genommen. Es erzeugt nach meiner eigenen, sowie der Erfahrung der damit Behandelten keine unangenehmen Erscheinungen, auch nicht bei lang fortgesetztem Gebrauche; höchstens wird in den ersten Tagen etwas Aufstoßen vom Geschmacke des Mittels angegeben, das sich später verliert; irgendwelche schädliche Einwirkung auf die Magen-, Darmfunktion oder das Allgemeinbefinden ist nicht zu konstatieren.

Nachfolgend berichte ich über einige aus der Zahl meiner Beobachtungen ausgewählte Fälle, bei denen die Valofinmedikation von sichtlichem, und wie ich zu erkennen glaube, nicht bloß auf Suggestion zurückzuführenden Effekt gefolgt gewesen ist.

Fall I. Frau E. H., 49 Jahre alt, Private. Seit der Jugend bestehen neurasthenisch-hysterische Zustände (Verstimmung, Reizbarkeit, Herzklopfen, Mattigkeit, Krampfanfälle u. s. w.). Gegenwärtig häufig langandauernde, von Schlaflosigkeit gefolgte Erregungszustände, meist im Anschluß an häusliche Zerwürfnisse, Ärger in der Familie u. s. w.

St. pr. Grazile, unterernährte Frau. In den inneren Organen nichts Abnormes zu konstatieren. Patellarreflexe lebhaft gesteigert, Pupillen reagieren normal, Sensibilität nicht alteriert.

Valofin, dreimal täglich 25 Tropfen durch 14 Tage genommen, bewirkt schon in den ersten Tagen außerordentliche Beruhigung.

Pat. fühlte sich unter dem Gebrauche des Mittels bei weitem wohler und frischer; klonische Krämpfe im Gebiete der linksseitigen Halsmuskulatur, nach heftiger Erregung aufgetreten, schwanden, nachdem selbe zuvor durch einen Tag und eine Nacht persistiert hatten, binnen einer $^1/_2$ Stunde, auf eine versuchsweise genommene, etwas größere Dosis des Mittels (einmal 35 Tropfen). Im Beginne des Gebrauches hatte sich etwas Aufstoßen eingestellt, das später verschwand; Magen- und Darmfunktion blieb andauernd gut.

Fall II. Frau A. B., 52 Jahre alt, Private. Seit zirka 5 Jahren bestehen neurasthenische Beschwerden, angeblich durch Existenzsorgen Aufregungen hervorgerufen. Verstimmung, Mattigkeit, Herzklopfen, Schreckhaftigkeit, anhaltende Verstopfung, Appetitlosigkeit. Vor zirka 4 Jahren, angeblich durch Sturz auf den Kopf, Verletzung in der linksseitigen Schläfengegend mit commot. cerebri. Seither bedeutende Steigerung aller Beschwerden, besonders häufige Depression und Angstgefühl, Aufregungszustände, Schlaflosigkeit.

St. pr. Mittelgroße, ziemlich kräftig gebaute Frau von normalem Ernährungszustande. An den inneren Organen nichts Abnormes zu konstatieren. Sensibilität nicht alteriert, Patellarreflexe beiderseits normal, Plantarreflex links nicht auslösbar. Pupillen reagieren normal.

Unter Valofinbehandlung, dreimal täglich 20—25 Tropfen, stellt sich nach Angabe der Pat. seit langer Zeit eine äußerst wohltätig empfundene Beruhigung, Besserung des Schlafes ein. Pat. gebrauchte das Mittel durch zirka 2 Wochen, empfindet eine wesentliche Hebung des Allgemeinzustandes, will dasselbe später wieder nehmen und auch einer Bekannten empfehlen, da sie von der Wirkung sehr befriedigt ist.

[5]) Über die Ansteckung und die Erblichkeit des Krebses. Ärztl. Rundschau Nr. 41, 1904.



Fall III. Herr F. S., 31 Jahre alt, Journalist. Seit der Jugend bestehen neurasthenische Beschwerden. Vor zirka 10 Jahren Lues akquiriert. Vor zirka 8 Monaten Hemiplegia sinistra. Seither verstärkte Neurasthenie, besonders Aufregungszustände, Angstgefühle, Schlaflosigkeit.

St. pr. Groß, kräftig gebaut, mäßig genährt. Am Herzen ein deutliches systolisches Blasen, Akzentuation des zweiten Pulmonaltones.

Linke Ober- und Unterextremität zeigen herabgesetzte Motilität. Es besteht taktile Hyperästhesie der linksseitigen Rumpfhälfte, Patellarreflex links stärker als rechts, lebhaft. Pupillen reagieren. Häufig Silbenstolpern.

Auf Valofingebrauch, zweimal täglich 20 Tropfen, empfindet Pat. sehr wohltuend Nachlaß seiner Beschwerden, Beruhigung, subjektives Wohlbefinden; er verwendete das Mittel durch 6 Tage, hat nach dieser Zeit eine bedeutende Besserung seines Allgemeinbefindens aufzuweisen, besonders auch Verschwinden eines als unerträglich empfundenen Juckens in den Beinen; er hat seit langer Zeit wieder das Gefühl einer gewissen „Leichtigkeit“, größerer Lebenslust. Er will später das Mittel wieder nehmen.

Fall IV. Gattin des Vorgenannten. 31 Jahre alt. Seit 4—5 Jahren bestehen nervöse Beschwerden, Reizbarkeit, zeitweise Mattigkeit, besonders des Morgens beim Aufstehen; seit zirka 9 Monaten leidet Pat. an unabhängig von der Nahrungsaufnahme auftretenden Magenbeschwerden, Gefühl von Druck und Völle in der Magengegend bei leerem Magen und Hungergefühl, zeitweiser Appetitlosigkeit, manchmal heftigen, stunden- und selbst „tagelangen“ Magenschmerzen, die als bohrend geschildert werden. Nie Erbrechen oder Brechreiz. Perioden fast stets schmerzhaft lange dauernd (gewöhnlich 8 Tage). Häufig Unruhe, Aufregungszustände, „Weinkrämpfe“. Erscheinungen von Lues nie aufgetreten. Einmal hat Pat. abortiert. Vor dem Auftreten der gegenwärtigen nervösen Symptome will Pat. stets gesund gewesen sein.

St. pr. Kräftig gebaute, gut genährte Frau. Patellarreflexe normal, Pupillen reagieren. An den Organen nichts Abnormes.

Pat. nahm zur Zeit der eintretenden Menses Valofin zweimal täglich 20 Tropfen durch 3 Tage hindurch; am ersten Tage waren jene heftigen Magenschmerzen gegen Abend aufgetreten, die nach den Erfahrungen der Pat. stets lange anhielten, bei abendlichem Einsetzen den Schlaf ganz hinderten oder störten. Sie gibt nun an, nach dem Valofingebrauch an jenem ersten Tage einen prompten Nachlaß der Schmerzen empfunden zu haben und zwar zirka $^1/_4$ Stunde nach dem Einnehmen von 20 Tropfen, so daß sich bald ruhiger Schlaf einstellte, was früher bei ähnlichen Zuständen nie der Fall gewesen. Die Periode war zum erstenmale nach langer Zeit von sehr geringen Schmerzen begleitet, kürzer (5 Tage) dauernd und weniger profus.

Eine ganz ähnliche Angabe machte eine andere Dame, die stets an obnorm dauernden, schmerzhaften Menses gelitten hatte, nach 14tägigem Valofingebrauche. Die Periode war zum erstenmal seit Jahren beträchtlich kürzer, statt 8 Tage nur 4 Tage dauernd, und mit wenig Beschwerden verbunden; Pat., die durch Jahre hindurch an heftigen Migräneanfällen und hochgradigen neurasthenischen Zuständen leidet, will allerdings sonst vom Valofin keine nennenswerte Einwirkung auf ihre Leiden verspürt haben.

Daß das Mittel natürlich nicht in allen Fällen funktioneller Neurosen eine ausgesprochene Wirksamkeit aufweist, ist wie bei anderen Medikamenten, durch die Art der vorhandenen Erscheinungen und durch die individuelle Disposition des Patienten bestimmt. Immerhin glaube ich nach meinen Beobachtungen das Valofin als ein brauchbares Therapeutikum in vielen Fällen nervöser, funktioneller Leiden empfehlen zu können; es muß nur die genauere Indikationsstellung hinsichtlich seiner Verwendung einer eingehenderen Sichtung und Würdigung der Fälle überlassen bleiben.

Literatur.

Pentzoldt-Stinzing, Handbuch der Therapie innerer Krankheiten.

Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheit.

Flesch, Zur Baldrianbehandlung der Neurosen. (Medizinische Blätter Nr. 10, 1905.)

Beddies, Moderne Baldrian-Präparate. (Deutsche Ärzte-Ztg., Heft 8, 1905.)

II. Referate.

Über die spezifische Wirkung des Pyrenols bei Keuchhusten berichtet Dr. O. Willke, Braunschweig („Medico“, Berlin, Nr. 10, 1907, „Gegenwärtiger Stand der Therapie des Keuchhustens“), wörtlich: „Das Pyrenol wirkt dementsprechend als Expektorans, und zwar durch Verflüssigung des zähen Schleims und Beschränkung neuer Sekretbildung, als Sedativum und Analgetikum, so daß es Narkotika fast stets überflüssig macht, antipytretisch durch eine milde, gleichmäßige Entfieberung ohne nachfolgende, schwächende Schweißproduktion. Das Pyrenol erfüllt also die beiden Grundforderungen, welche man an ein Keuchhustenmittel stellen muß: 1. Günstige Beeinflussung des Schleimhautkatarrhs durch Schleimlösung und Förderung der Expektoration, 2. Herabsetzung der Empfindlichkeit der sensiblen Nervenfasern in der Respirationsschleimhaut und damit Ausschaltung der Ursache für den Krampf der glatten Muskulatur. Pyrenol wirkt außerdem auch tonisierend aufs Herz: der Puls wird voller, höher, kräftiger, und die Pulszahl geht auf die Norm herunter. Zu erwähnen ist auch das desinfizierende Moment. Dabei ist Pyrenol frei von jeder schädigenden Nebenwirkung und beeinflußt auch nicht die Ausnutzung der Nahrung durch Störung der Sekretion der Verdauungssäfte; es hebt vielmehr den Appetit und das subjektive Wohlbefinden. Sämtliche aufgeführten Eigenschaften des Pyrenols sind uns für die Behandlung des Keuchhustens sehr willkommen, und wir müssen das Pyrenol als eine wertvolle Bereicherung des Arzneischatzes bezeichnen. Man gibt es in folgender Dosis; Sol. Pyrenoli 10·0 : 180·0 Liq. ammon. anis. 3—4·0, oder Sir. Rub. Id. ad. 200·0 M. S. zweistündlich ein Eßlöffel für Erwachsene, Kinder die Hälfte. Für ein einjähriges Kind Sol. Pyrenoli 2 : 80·0, Sir. Rub. Id. ad 100·0 M. S. Stündlich ein Teelöffel.

*

Zur Funktion der Schweißsekretion. Von Professor Dr. A. Adamkiewicz.

Die Sekretion des Schweißes bildet ein so außerordentlich wichtiges Kapitel der Physiologie und der Pathologie des Menschen, daß jeder Autor, der diesem Kapitel aus irgend einem Grunde seine Aufmerksamkeit schenkt, nicht übersehen darf, welches die Grundlagen der wissenschaftlichen Erkenntnis dieser so überaus wichtigen Funktion gewesen sind und wie und wann die Wissenschaft sie erworben hat. Und doch wird in diesem Punkte viel gesündigt. Ja, die Beharrlichkeit, mit welcher das von gewisser Seite geschieht, muß immer mehr Grund zu der Befürchtung legen, daß der hier zur Gewohnheit ausartende Verstoß gegen die literarische Pflicht der Wahrheit und dem wissenschaftlichen Verständnis einer wichtigen Funktion zum Schaden gereichen müsse.

Durch den in diesem Zentralblatte (1907, Nr. 1) veröffentlichten Aufsatz des Herrn Dr. Higier, Warschau, erhält diese Befürchtung wieder neue Nahrung. Auch dieser Autor schreibt nach dem nicht nachahmungswürdigen Beispiel gewisser seiner Vorgänger über „Schweißanomalien bei Rückenmarkskrankheiten“, ohne den Leser darüber zu informieren, wie er und die von ihm zitierten Autoren zum Verständnis ihrer Beobachtungen gelangt sind.

A. sieht sich daher genötigt, endlich einmal daran zu erinnern, daß die Schweißsekretion als eine Nervenfunktion im Jahre 1878 von ihm entdeckt worden ist, und daß in seiner Monographie: „Die Sekretion des Schweißes. Eine bilateral-symmetrische Nervenfunktion“ das System der Schweißnerven und ihrer Beziehungen zum Gehirn, zum verlängerten Mark, zu den zerebrospinalen und den sympathischen Nerven genau erörtert worden sind, und daß dieses System als Schema vorbildlich geworden ist für eine bestimmte Kategorie von Funk-



tionen, die in der Seele beginnen und in Organen des vegetativen Lebens ausklingen, und die er deshalb als die „psychophysischen Prozesse“ bezeichnet habe. (Neurol. Zentralbl.)

*

Psychologische Untersuchungen an Alkoholisten. Von Nitsche:

In der Jahresversammlung des Vereins bayrischer Psychiater berichtete Nitsche, München, über Untersuchungen, die er bezüglich der Auffassungsfähigkeit für einfache optische Reize an zurzeit abstinenten Alkoholisten angestellt hat. Die Leistung von 12 einfachen chronischen Alkoholisten, 4 Halluzinanten und einem Korsakoff-Kranken wurden mit denen von 7 abstinenten Gesunden von ungefähr gleicher Bildungsstufe verglichen. Die Resultate der letzteren zeigten größere Gleichmäßigkeit untereinander als die Trinker. Zwei Alkoholiker übertrafen die Normalen, 13 unter 17 Fällen blieben hinter ihnen zurück; davon zeigten 2 außerordentliche Störungen, 3 leisteten höchstens die Hälfte, die übrigen näherten sich den Werten der Gesunden von unten her, 4 erreichten die untere Grenze. In der zweiten Hälfte der Versuchstage nahm die Zahl der richtigen Wahrnehmungen zwar zu, wie bei den Gesunden, die Zahl der Fehler wurde aber nicht, wie bei diesen, geringer, sondern vermehrte sich bei 16 Alkoholikern, nur bei einem Halluzinanten nahm sie ab. Längere Dauer der Abstinenz vor Beginn der Versuche schien von günstigem Einflusse auf die Güte der Resultate zu sein. Die auffallende Zunahme der Leistungen in der zweiten Hälfte der Versuchstage scheint zum Teil von raschem Nachlassen der Alkoholwirkung bei den Kranken herzurühren, die erst seit wenigen Tagen abstinent waren. (Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, B. 63, H. 6.)

III. Literatur.

Der Hypnotismus. Mit Einschluß der Hauptpunkte der Psychotherapie und des Okkultismus. Vierte Auflage. Von Dr. Albert Moll. (Verlag: Berlin W. 35, Fischers mediz. Buchhandlung H. Kornfeld.) 1907, 642 Seiten, Preis Mk. 10.

Das rühmlichst bekannte Werk liegt nunmehr in der vierten Auflage vor; der Verf. kann mit Recht sagen, daß er sie dem Stande unseres heutigen Wissens entsprechend bearbeitet hat. Im Kapitel: Allgemeines, ist der Suggestionsbegriff genauer präzisiert und umgrenzt worden. Suggestion ist nach Moll „ein Vorgang, bei dem unter inadäquaten Bedingungen eine Wirkung dadurch eintritt, daß man die Vorstellung vor dem Eintritte der Wirkung erweckt.“ „Inadäquat“ ist zu verstehen im Sinne der Ausführungen von Lipps (Zur Psychologie der Suggestion), nach welchen adäquate Mittel zur Erzeugung eines Urteiles „Gründe“ sind, das adäquate Mittel zur Erzeugung eines Willensaktes, das Bewußtsein vom Wert irgend eines Objektes ist usw. Die folgenden Kapitel: Symptomatologie, posthypnotische Suggestionen, sind wenig verändert; Verf. hebt selbst hervor, daß dieser Teil der Hypnotismusforschung im wesentlichen erschöpft zu sein scheint. In einem Kapitel wird die Simulation der Hypnose abgehandelt; gerade da zeigt sich der Verf. so recht als der vielerfahrene Fachmann. Sehr interessant sind auch die folgenden theoretischen Ausführungen über das Wesen der Hypnose. Verf. geht von dem unbestreitbar richtigen Gesichtspunkte aus, daß das Verständnis der verschiedenen wichtigen Symptome der Hypnose (Suggestionen im Gebiete der willkürlichen Bewegungen, die positiven und negativen Sinnestäuschungen, Rapport, die Erscheinungen im Gebiete des Gedächtnisses, die posthypnotische Suggestion) „wesentlich erleichtert wird, wenn wir einige Tatsachen des menschlichen Seelenlebens anerkennen; als solche Tatsachen nennt er 1. die Neigung der Menschen, sich von anderen beeinflussen zu lassen und vieles auch ohne bewußte logische Schlußfolgerungen zu glauben; 2. Neigung zum Eintritte der dem Geglaubten entsprechende psychologischen und physiologischen Vorgänge; 3. besondere Beeinflußbarkeit durch bestimmte Personen; 4. Zunahme der Beeinflußbarkeit wenn die betreffende Person ihre Neigung dazu bereits erkannt hat; 5. wesentliche Zunahme der Beeinflußbarkeit im Zustande des Traumbewußtseins. Wenn man diese Tatsachen als feststehend ansieht, wird man nicht in den oft begangenen Fehler verfallen, mehr erklären zu wollen, als nötig ist; zweitens hat man sich aber noch davor zu hüten, „mit einem einzigen Begriff oder vielmehr Schlagwort alles erklären zu wollen“. „Nur durch methodische Analyse und Heranziehung von allerlei Analogien aus dem nichthypnotischen Leben können uns die Vorgänge der Hypnose vertrauter werden.“ In eingehender kritischer Weise bespricht dann Verf. die verschiedenen Theorien (psychiologische Th., physiologische Th., Heidenhains Th., Lokalisationsth., histologische Th., Blutzirkulationsth., Theorien von Coppie, Wundt, Vogt, Preyer). Es folgt dann das umfangreichste Kapitel: Medizinisches. Der Verf. wendet sich mit großem Geschick gegen die Einwände, gegen die therapeutische Verwendung der Hypnose, daß die hypnotische und suggestive Behandlung des Arztes unwürdig sei, daß die hypnotische Behandlung wegen ihrer Gefährlichkeit unzulässig, daß sie überflüssig sei, bespricht sodann die Indikationen der hypnotischen Behandlung bei der Hysterie, bei Geisteskrankheiten und organischen Krankheiten und die Kontraindikationen. In einem besonderen Absatze (Theoretisch-Medinisches) zeigt Verf., welche weittragende Bedeutung der Hypnose für die gesamte Heilkunde zukommt, wie ihre Kenntnis vor irrigen Schlüssen bei der Erforschung des Krankheitsbildes, des Wertes verschiedener Heilmittel und Heilmethoden schützt, wie das Kurpfuschertum durch den Hypnotismus beleuchtet wird, welche Rolle der Hypnotismus in der medizinischen Kulturgeschichte spielt, wie der Hypnotismus, abgesehen von seiner praktischen Verwertbarkeit noch insoferne von größter Bedeutung ist, „als er viele Zweige der theoretischen Medizin beleuchtet hat“. Ausführlichst stellt der Verf. dann die Entwicklung der Psychotherapie (Suggestionstherapie, Belehrungs-, Willenstherapie u. s. f.) aus dem Hypnotismus dar, wobei er mit Recht betont, daß die Psychotherapie und die hypnotische Therapie, die ja nur einen kleinen Teil der Psychotherapie bildet, scharf geschieden werden müssen. In einem eigenen Kapitel werden die forensischen Bezeichnungen der Hypnose besprochen. Die Fälle, wo an Hypnotisierten Verbrechen begangen werden, von denen, wo sie durch Hypnotisierte ausgeführt werden. Auf die Details kann hier nicht eingegangen werden; doch sei hervorgehoben, daß sich gerade in diesem Kapitel die tiefgründige Sachkenntnis des Autors, seine kolossale Erfahrung auf dem Gebiete des Hypnotismus, seine staunenwerte Belesenheit in der einschlägigen Literatur so recht zeigt. Im Anschlusse an die forensischen Beziehungen werden auch die zur Jurisprudenz besprochen. Wenn man weiter berücksichtigt, daß der Verf. in eingehender Weise die Bedeutung der Hypnose für die Psychologie, für die Anordnung psychologischer Experimente, für die Hirnphysiologie, die Beleuchtung kulturgeschichtlicher Ereignisse (Hexenaberglauben, Spiritismus usw.) durch den Hypnotismus, die Beziehungen zur Ethnologie, Pädagogik, Kunst bespricht, wird man zugeben, daß kaum eine Frage ausgedacht werden kann, über die man in dem gediegenen Werke vergebens nach einer Auskunft suchen würde. — Im letzten Abschnitte, der in der neuen Auflage wesentlich vergrößert ist, erörtert Verf. dann noch die wichtigsten okkultistischen Fragen wie: Tierischer Magnetismus, Wirkung des Magneten, Telepathie, Hellsehen, Sinnesverlegung, Fernwirkung von Stoffen, die Wünschelrute, Spiritistisches. Der Verf. faßt seine Anschauung über das Studium der okkulten Kräfte dahin zusammen, daß er „die aprioristische Ablehnung für ebenso unwissentlich halte“, wie er „den mit dem Okkultismus verknüpften Schwindel und Betrug verurteile.“ — Das Buch zeichnet sich — nebst den bereits erwähnten Vorzügen — noch durch Übersichtlichkeit aus, die durch ein detailliertes Inhaltsverzeichnis, sowie durch ein ausführliches Sach- und Namensregister noch erhöht wird. B.

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter".)

Sitzung vom 1. März 1907.

Artur Goldreich zeigt einen 7wöchentlichen Säugling mit multipler fungöser Zerstörung mehrerer Gelenke. Das Kind ist hereditär schwer belastet. An der Wirbelsäule konstatiert man entsprechend den unteren Brustwirbeln eine livid verfärbte, ungefähr fünfkronenstückgroße, deutlich fluktuierende Geschwulst (kalter Abszeß). Der rechte Unterschenkel ist ödematös, der rechte Fußrücken zeigt eine teigige Schwellung und eine Fistel, aus der man serösen Eiter entleeren kann. Entsprechend dem rechten Malleolus medialis sieht man eine ungefähr walnußgroße, livid verfärbte, deutlich fluktuierende Geschwulst. Auch die dritte linke Zehe ist livid verfärbt und zeigt eine deutliche Fluktuation (Fungus). Der so vorgeschrittene tuberkulöse Prozeß bei einem 7wöchentlichen Säugling drängt unwillkürlich die Vermutung eines Falles von angeborener Tuberkulose auf.

Baumgarten hat zuerst auf die Häufigkeit der angeborenen Tuberkulose, das heißt der intrauterinen bazillären Infektion, hingewiesen, und begegnet er dem berechtigten Einwande, daß die Fälle von angeborener Tuberkulose äußerst selten sind, mit der Annahme des Latenzstadiums der Tuberkulose. Bei dem demonstrierten Falle spreche auch der Sitz der Veränderungen in den Knochen, Organen, die weit abseits von den Pforten der äußeren (extrauterinen) Infektion gelegen sind, für die intrauterine Infektion.

Oskar Rie zeigt ein Kind mit auffallender Gesichtsasymmetrie, die bei oberflächlicher Beobachtung an Hemiatrophia facialis progressiva denken läßt. Indes fehlt das wichtigste und charakteristische Symptom dieser Krankheit, die Hautatrophie. Es handelt sich hier um die sehr seltene Form der kongenitalen Atrophie, um das Kleiner bleiben, nicht Kleiner werden einer Gesichtshälfte. Es besteht eine Gesichtsasymmetrie in der Weise, daß die das Gesicht teilende Medianlinie nach rechts konvex ist. Diese Konvexität spricht sich in der rechten Wange, in der Jochbeingegend, sowie in der rechten Ohrmuschel aus. Leichte Atrophie der Lippen und der Zunge auf der linken Seite; Zahnstellung. Die Asymmetrie betrifft auch den Hirnschädel. Sensibilität und Beweglichkeit anscheinend ungestört. Das Kind steht derzeit wegen Chorea in Behandlung. Ätiologisch ist an primäre Hirnagenesie zu denken, oder an intrauterine mechanische Einwirkung durch Amnionstränge.

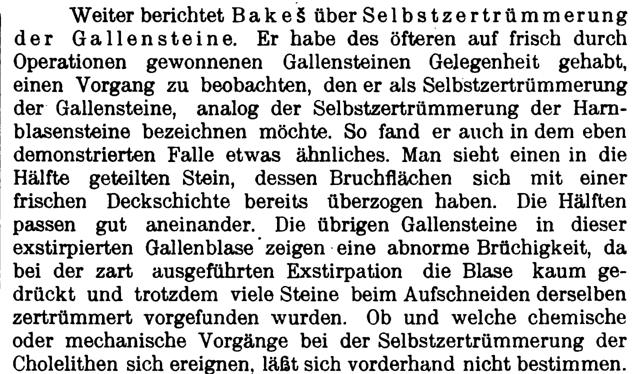
Rudolf Neurath bemerkt, daß der Differenz der Gesichtshälften im vorgestellten Falle nur abnorme Anlage, eine Dysplasie, zugrunde läge. Würde man die größere Gesichtshälfte als normal annehmen, so hätte man es mit einer partiellen Hypertrophie, einem partiellen, halbseitigen Riesenwachstum zu tun, wie wir es an den Extremitäten oder auch streng halbseitig in der Literatur finden.

Oskar Rie widerspricht dieser Annahme, da die linke Wange und die linke Zungenhälfte auffallend mager — nicht die rechte Seite auffallend dick sind; die Schneidezähne der linken Unterkieferhälfte im rechten Winkel gegen die Backzähne statt im stumpfen, wie normal und wie rechterseits stehen.

Siegfried Weiß stellt einen dreijährigen Knaben mit angeborener Dilatation des Kolon (Hirschsprungsche Krankheit) vor.

Otto v. Frisch stellt einen Fall von angeborener Skoliose vor, bedingt durch einen Schaltwirbel.

Bakeš (Brünn) stellt eine Patientin vor, die er wegen einer idiopathischen Retentionszyste des Choledochus, wahrscheinlich infolge von kongenitalen Anomalien der Klappenbildung in den Gallengängen, operiert habe. Bakeš behauptet, dies wäre der erste Fall, bei dem es gelang, durch operative Therapie Heilung zu erzielen. Es wurde eine Choledochoduodenostomie mit möglichst engem Lumen angelegt.



Weiter berichtet Bakeš über Selbstzertrümmerung der Gallensteine. Er habe des öfteren auf frisch durch Operationen gewonnenen Gallensteinen Gelegenheit gehabt, einen Vorgang zu beobachten, den er als Selbstzertrümmerung der Gallensteine, analog der Selbstzertrümmerung der Harnblasensteine bezeichnen möchte. So fand er auch in dem eben demonstrierten Falle etwas ähnliches. Man sieht einen in die Hälfte geteilten Stein, dessen Bruchflächen sich mit einer frischen Deckschichte bereits überzogen haben. Die Hälften passen gut aneinander. Die übrigen Gallensteine in dieser exstirpierten Gallenblase zeigen eine abnorme Brüchigkeit, da bei der zart ausgeführten Exstirpation die Blase kaum gedrückt und trotzdem viele Steine beim Aufschneiden derselben zertrümmert vorgefunden wurden. Ob und welche chemische oder mechanische Vorgänge bei der Selbstzertrümmerung der Cholelithen sich ereignen, läßt sich vorderhand nicht bestimmen.

Bakeš macht auch Mitteilung über ein echtes Gallensteinrezidiv. Es handelt sich um eine 38jährige Frau, welche am 25. I. 1906 wegen kalkulöser, hämorrhagischer Cholezystitis ektomiert wurde. Der Choledochus war bei der Operation von normalem Kaliber, wurde eingeschnitten und sehr exakt sondiert und abgetastet, da viele kleine Konkremente in der Gallenblase sich befanden und leicht durch den erweiterten Zystikus ein Gallenstein in den Choledochus hineingelangen konnte. Patientin genas vollständig und hatte ein volles Jahr Ruhe. Im Jänner d. J. erkrankte sie unter typischen Symptomen einer Choledocholithiasis und ihre unausgesetzten Schmerzen bestimmten sie zur neuerlichen Operation, welche auch sofort in Äthernarkose ausgeführt wurde. Dabei wurde ein weicher bröckeliger, etwa haselnußgroßer Stoppelstein, dann mit den Löffeln noch vier Konkremente aus dem retroduodenalen Abschnitt des Ganges extrahiert. Er bezeichnet diesen Fall deshalb als ein sogenanntes echtes Rezidiv, weil er mit größter Wahrscheinlichkeit behaupten kann, daß der Choledochus bei der ersten Operation sicher keine Konkremente enthielt.

Ludwig Jehle: Über Desinfektionsversuche des Nasenrachenraumes mit Pyozyanase bei Meningitis cerebrospinalis. Jehle hat bisher in etwa 55 Fällen, und zwar teils bei kranken, teils bei gesunden Kokkenträgern die Desinfektionsversuche des Nasenrachenraumes mit Pyozyanase vorgenommen. Fast regelmäßig konnte er ein rasches Schwinden der Meningokokken konstatieren, so daß dieselben sowohl mikroskopisch als auch durch die Kultur nicht mehr nachweisbar waren. Jehle berichtet über zwei Fälle, bei denen durch Lumbalpunktion und die Kultur Meningitis cerebrospinalis festgestellt wurde. Im Nasensekret zahlreiche Meningokokken. Bei den Kindern wurde Pyozyanase mittels Spray appliziert. Die Untersuchung des Nasenrachenraumes wurde erst 48 Stunden später vorgenommen. Diesmal waren in einem Falle nur mehr Staphylokokken nachweisbar; die Meningokokken waren vollständig geschwunden. In dem zweiten Falle waren zwar noch Meningokokken, aber in weitaus geringerer Menge nachweisbar. Deswegen wurde bei diesem Kinde neuerdings Pyozyanase mittels Spray angewendet. Schon am Abend desselben Tages war der Nasenrachenraum staf vollständig steril. Es zeigte sich demnach neuerdings, daß das Schwinden der Meningokokken auf Anwendung von Pyozyanase rasch eintritt, selbst in Fällen, in denen sie in so kolossalen Mengen vorkommen wie in den eben besprochenen. Jehle glaubt, daß diese Tatsache bei eventuellen Maßregeln zur Bekämpfung der Genickstarreepidemien eine Rolle spielen kann. Die Verschleppung dieser Erkrankung geschieht zum größten Teile durch Zwischenträger, das heißt Personen, die selbst gesund bleiben, aber den Erreger in ihren Nasenrachenraum bergen. Wie Weichselbaum und Ghon aufmerksam gemacht haben, erfolgt die Verschleppung der Meningitis durch Zwischenträger. Wir müssen demnach den Kampf hauptsächlich in dieser Richtung führen und da ist zweifellos ein rasch wirksames und vollständig ungefährliches Mittel von großem Werte.

In diesem Sinne spricht Theodor Escherich, daß es schon vom Standpunkte der individuellen Prophylaxe aus an-



gezeigt sei, bei Personen, die mit Meningitiskranken zusammenkommen, durch Pyozyanase die im Nasenrachenraum befindlichen Meningokokken abzutöten und dadurch die Gefahr eines weiteren Verschleppens der Krankheit zu begegnen. Es wäre dringend zu wünschen, daß unsere Sanitätsbehörden neben den bisherigen unzureichenden, zum Teil allerdings noch zu weit gehenden Maßnahmen dieses einfache und leicht durchführbare Verfahren in Verwendung ziehen würden.

Emil Redlich: Epilepsie und Linkshändigkeit. Die Angaben über die Häufigkeit der Linkshändigkeit beim normalen Menschen schwanken zwischen 1—4%, durchschnittlich werden 2% angegeben, bei Frauen soll die Linkshändigkeit häufiger sein. Bei Nerven- und Geisteskranken hat Redlich bis 8% Linkshändigkeit konstatiert. Bei 125 Epileptikern, meist juveniler Art, aber auch Alkoholepilepsie. traumatischer Epilepsie ohne grobe Hirnerkrankung, fanden sich dagegen 22 Linkshänder = 17·5%, 81 Männer mit 14 Fällen = 17·2% und 44 Frauen mit 8 Fällen = 18%. Man kann die Linkshändigkeit sondern in eine familiäre und eine singuläre. Bei den Geisteskranken sind abzüglich vier Fälle, bei denen es unbekannt blieb, ob familiär oder singulär, elf familiäre Fälle, das ist 3·6% und neun singulär = 3%. Bei den Epileptikern blieben wieder drei Fälle unbestimmt, vier Fälle sind familiär = 3·2% und 15 singulär = 12%. Der Prozentsatz der familiären Linkshändigkeit ist also in beiden Fällen nahezu der gleiche. Das Überwiegen der Linkshändigkeit kommt bei der Epilepsie beinahe ausschließlich auf Rechnung der singulären Linkshändigkeit, 12% gegen 3%. Eine Zahl von Fällen, die Vortragender untersuchte, boten klinisch eine Reihe von Merkmalen, Kleinersein der linken Schädel- und der rechten Gesichtshälfte, deutliche rechtsseitige Halbseitenerscheinungen, die es nahe legen, diese Linkshändigkeit im Gegensatze zur oben erwähnten, normalen, als pathologische Linkshändigkeit aufzufassen, das heißt, als durch pathologische Veränderungen der linken Hemisphäre bedingt, als Ausdruck einer leichtesten rechtsseitigen zerebralen Lähmung aufzufassen. Als sekundäre Linkshändigkeit wäre die durch Verletzungen der rechten oberen Extremität ausgelöste zu bezeichnen. Es lassen sich fließende Übergänge von der durch evidente rechtsseitige Kinderlähmung bedingten Linkshändigkeit, zu der vom Vortragenden ins Auge gefaßten Linkshändigkeit herstellen. Diese Läsionen der linken Hemisphäre müssen sehr früh einsetzen, in der Fötalzeit oder während, respektive bald nach der Geburt und so geringfügiger Art sein, daß sie niemals wirkliche Lähmungen setzen.

Julius Hirschl bringt die Auffassung Meynerts über die Linkshändigkeit in Erinnerung. Nach Meynert bestünde beim Kinde noch keine Differenzierung nach rechts und links; die Rechtshändigkeit werde erst anerzogen, namentlich durch den Schulmeister. Dadurch erkläre sich die große Zahl von Linkshändern unter den Verbrechern Lombrosos, weil unter denselben die Zahl der Analphabeten sehr beträchtlich ist.

Emil Redlich erklärt, daß ihm die Ansicht Meynerts, die Hirschl erwähnt hat, gar nicht bekannt sei. Weber hat die Häufigkeit der Linkshändigkeit bei Verbrechern mit der mangelnden Erziehung in Zusammenhang bringen wollen.

Leopold Freund macht Mitteilung über einige therapeutische Versuche mit flüssiger Luft und über einige Arbeiten aus dem Gebiete der Photographie. Die Bestrebungen, die Finsensche Lichtbehandlung größeren Kreisen zugänglich zu machen, verfolgen zwei Wege: 1. Die Konstruktion von lichtstarken elektrischen Lampen, welche, ohne besondere kostspielige Transformatoren in Anspruch zu nehmen, mit jenen Strömen betrieben werden, die ohne Umstände den Elektrizitätsnetzen der Städte entnommen werden können. 2. Strebt man durch geeignete Mittel die Reaktionsfähigkeit der Gewebe gegenüber der Belichtung zu erhöhen. Gelingt dies, so bedarf man selbstverständlich nicht so intensiver Lichtstrahlung, um mit ihr dasselbe zu erreichen, was mit den großen Finsenschen Apparaten erreicht wird. Als Mittel, die Reaktionsfähigkeit der bestrahlten Gewebe zu erhöhen, verwendet er flüssige Luft. Die Anwendung der flüssigen Luft zur Sensibilisierung der Gewebe erfolgte aus dem Grunde, weil organische Körper bei starker Abkühlung fluoreszenzfähig werden und diese Abkühlung durch flüssige Luft in energischester Weise erreicht wird. Hiebei entsteht vollkommene Anästhesie (wichtig für Operationen!), dann eine mehrere Minuten anhaltende Anämie, welcher später eine (vielleicht auch therapeutisch wirksame) Hyperämie folgt. Freund weist auf die Eignung der flüssigen Luft zur Herstellung von mikroskopischen Gefrierschnitten hin. *i. m.*

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 31. Jänner 1907.

Ottokar Grüner zeigt eine granulierte atrophische Leberzirrhose mit chronischem Milztumor und Verblutung aus einem geplatzten Varix im unteren Ösophagusabschnitte bei einem 13jährigen Mädchen. Dasselbe erkrankte plötzlich an unstillbarer Hämatemis und nach 30 Stunden erfolgte der Exitus. Der in diesem Falle, wenn auch mäßige Alkoholgenuß (zirka 1/4 Liter Bier täglich durch mehrere Jahre) kann ätiologisch in Betracht kommen.

Karl Preleitner stellt einen Fall von isolierter Lähmung des Musculus serratus anticus vor. Bei Besichtigung des Rückens des 12jährigen Mädchens fällt eine Asymmetrie in der Stellung der beiden Schulterblätter auf. Während das rechte normal steht, erscheint das linke um zirka 45° mit seinem oberen Anteile nach außen gedreht, so daß der linke Angulus scapulae um 6 *cm* höher steht als der rechte. Dabei steht er engelsflügelmäßig vom Thorax ab und die Niveaudifferenz der beiden Anguli beträgt 3 *cm*. Das Schultergelenk ist völlig frei und das Kind kann bei fixierter Skapula alle Bewegungen in normalem Umfange ausführen. Der Fall ist dadurch bemerkenswert, daß die Erhebung des Armes über die Horizontale als eine wesentliche Funktion, die gewöhnlich dem Serratus zugeschrieben wird, tadellos ist. Die elektrische Untersuchung ergibt weder faradisch noch galvanisch Ausfall einer Reaktion; sie ist aber an dem Musc. serr. ant. maj. überhaupt unsicher. Die Lähmung des Serratus ant. maj. ist fast stets peripheren Ursprunges, wird aber auch als Teilerscheinung der progressiven Muskelatrophie beobachtet. Preleitner empfiehlt im vorliegenden Falle einen Versuch mit orthopädischer Behandlung und Stützapparat.

Wilhelm Knoepfelmacher: Über die Entstehung des Icterus neonatorum. Auf Grund eingehender Versuche und Befunde stellt Knoepfelmacher auf: Der Icterus neonatorum ist eine Sekretionsanomalie der Leberzellen, welche mit der Steigerung der Gallenproduktion unmittelbar nach der Geburt zusammenhängt. In den Gallenwegen der Neugeborenen findet sich ziemlich zähe Galle, die nur schwer abfließen kann, so daß nur wenig Raum für die neu sich bildende Galle vorhanden ist. Dadurch kommt es zum Übertritt der Galle aus den Leberzellen in die Blut-, respektive Lymphbahn des Neugeborenen.

Theodor Escherich meint, daß das regelmäßige und gesetzmäßige Eintreten des Ikterus unbedingt den Gedanken an ein zur Zeit der Geburt einsetzendes mechanisches Moment hervorrufe, als welches ihm das von Schulze hervorgehobene Absinken des Druckes in den Lebervenen zur Zeit des ersten Atemzuges am plausibelsten erscheint.

Adolf Hecht weist darauf hin, daß bedeutende Viskositätsunterschiede im späteren Leben vorkommen, ohne daß es zu Ikterus kommt, was gegen die Theorie Knoepfelmacher sprechen würde.

Friedrich Hamburger meint, daß es nicht gut einzusehen ist, warum nicht schon früher als zur gewöhnlichen Zeit, eventuell auch schon vor der Geburt, sich Ikterus entwickeln sollte. Läßt sich eine reichlichere Gallensekretion nach



der Geburt beweisen, dann wäre die Erklärung Knoepfelmachers als richtig bewiesen anzusehen.

Wilhelm Knoepfelmacher bemerkt Escherich gegenüber, daß als Stauungsikterus nur jene Fälle anzusehen sind, in welchen die Galle aus den Gallenkapillaren durch Einreißen der Wand in die Lymphspalten gelangt. Dahin sei nach Knoepfelmachers Arbeit der Ikterus neonatorum nicht zu zählen. Gegen die Schulzesche Theorie müsse geltend gemacht werden, daß gerade asphyktische Kinder intensiven Ikterus bekommen. Hamburgers Einwand, es müßten auch die Föten ikterisch sein, lasse sich dahin erledigen, daß neben der Viskositätsbestimmung auch die Ektasie der Gallenkapillaren und die Hyperämie der Leber für die gesteigerte Sekretion von Galle post partum sprechen.

Isidor Fischer weist darauf hin, daß die Häufigkeit des Auftretens von Icterus neonatorum im umgekehrten Verhältnis zum Gewichte der Kinder steht. Asphyktische und frühgeborene Kinder werden häufiger ikterisch.

Sitzung vom 7. Februar 1907.

Innere Sektion.

Karl v. Stejskal zeigt eine 32jährige Patientin mit offenem Ductus Botalli mit diffuser Enge der Aorta oder der peripheren Gefäße. Aus der Anamnese ist insbesondere hervorzuheben, daß sie seit frühester Kindheit schon bei leichten körperlichen Anstrengungen an Herzklopfen ohne Atemnot leidet, welche Beschwerden in den letzten Jahren zunahmen und sich in letzter Zeit mit Schwindelanfällen, wobei sie das Gefühl hat, als ob ihr das Herz stillstände, verbanden. Am Herzen findet man neben den Erscheinungen der Hypertrophie vorwiegend des rechten Ventrikels ein lautes systolisches, mit Schnurren verbundenes Geräusch im zweiten linken Interkostalraume, ferner eine bandförmige Dämpfung, die im Röntgenbilde mit selbständigen Pulsationen einhergeht. Diese Symptome sind objektiv nachweisbar sowohl bei offenem Ductus Botalli als auch bei Pulmonalstenose. Eine sichere Differentialdiagnose dieser beiden Zustände dürfte wohl sehr schwer sein. Wenn wir aber die von Rokitansky wiederholt hervorgehobene Kombination von offenem Ductus Botalli mit Enge des Arteriensystems, sowohl Isthmusstenose als auch diffuser Enge der Aorta descendens, berücksichtigen, so wird uns der Befund mehr zum offenen Ductus Botalli hinführen. Wenn wir nun nach Symptomen an den Gefäßen bei offenem Ductus Botalli suchen, so wäre vor allem noch anzuführen, daß die Röntgenuntersuchung in der Gegend des Ductus Botalli eine kindsfaustgroße pulsierende Vorwölbung ergeben, weiters die geringere Pulsation der radialis und Karotis rechts als links, worauf Bernutz und Oppolzer besonders hingewiesen haben. Außerdem sind die enorm starken Pulsationen an den unteren Extremitäten erwähnenswert. Das Auftreten solcher Gefäßabnormitäten ist auffallend häufig bei Fällen von offenem Ductus Botalli. Stejskal möchte daher glauben, daß es sich in dem vorliegendem Falle um ein Offenbleiben des Ductus Botalli mit Veränderungen an den Gefäßen des großen Kreislaufes mit diffuser Enge der Aorta oder der Gefäße handeln dürfte.

Josef Grübel stellt einen Fall von angeborenem Herzfehler vor. Die Untersuchung ergibt: Geringe Zyanose an den Lippen, leichte Dämpfung über der linken Lungenspitze und klingendes Rasseln. Im Sputum Kochsche Bazillen. Die Herzgegend vorgewölbt, über dem ganzen Herzen Pulsation der Interkostalräume, auch der 1. und 2. Interkostalraum knapp neben dem Sternum zeigen dieselbe deutlich. Der Spitzenstoß im 4. Interkostalraum, ziemlich zirkumskript, zwei Querfinger breit, hebend, reicht bis zur Mammillarlinie. Die Dämpfungsgrenzen sind: Der obere Rand der 4. Rippe, Mammillarlinie und der linke Sternalrand bei etwas stärker als normal gedämpftem unteren Sternumanteil. Auf die Herzdämpfung aufgesetzt ist eine $1^1/_2$ Querfinger breite, bandförmige Dämpfung (Gerhard), welche sich am linken Sternalrand bis gegen die erste Rippe erstreckt; darüber fühlt die aufgelegte Hand deutliches, vom Manubrium sterni nach außen unten sich erstreckendes, beim Liegen stärker als beim Stehen spürbares Schwirren. Die Auskultation ergibt über der Herzspitze einen überlauten ersten Ton, gefolgt von einem leisen, mäßig langen, rauhen Geräusch. Dieses Geräusch wird gegen die Basis zu lauter, besonders lang, laut, sausend und scharf von dem über den übrigen Ostien hörbaren systolischen Geräusch sich abgrenzend wird es über dem 2. linken Interkostalraum. Es wird fast in derselben Intensität entlang dem 2. Interkostalraum fast bis zur linken Mammillarlinie gehört, und hat sein Punctum maximum knapp neben dem Sternum. Weiters pflanzt es sich gegen die linke Karotis zu besser fort als gegen die rechte. Der zweite Pulmonalton ist deutlich akzenduiert. Der Puls bietet nichts Auffälliges. Grübel glaubt, die Diagnose eines höchstwahrscheinlich vorhandenen offenen Ductus Botalli stellen zu dürfen. Der Röntgenbefund ergibt nichts Bestimmtes, das für die Diagnose verwertbar wäre.

Karl v. Stejskal kann der Diagnose nicht beistimmen, denn die Hypertrophie des rechten Ventrikels sei gering und die Herzdämpfung gehe unmittelbar in die Lungendämpfung über. Der linke Ventrikel zeigt normale Verhältnisse, der Spitzenstoß im vierten Interkostalraum, einen Querfinger innerhalb der Mammillarlinie, ist keineswegs hebend; außerdem auch der negative Röntgenbefund. Im besten Falle könnte es sich um eine angeborene Pulmonalstenose handeln, wahrscheinlich erscheint aber eine infolge eines Schrumpfungsprozesses aufgetretene Stenose des linken Pulmonalastes, wie sie inbesondere von Mader beschrieben wurde.

Rudolf Kretz: Über postanginöse Lymphdrüsenentzündungen. Anläßlich der Kontrolle der Befunde über die Beziehungen zwischen Angina und Appendizitis ergab sich, daß die Häufigkeit und Wichtigkeit der Rolle der Angina in der Ätiologie der internen pyogenen Affektionen noch immer nicht hinreichend gewürdigt wird. Zum Teile liegt das darin, daß viele Fälle erst nach Ablauf der klinischen Symptome der Halsentzündung, so weit sie durch Inspektion des Rachens zu erkennen ist, zur ärztlichen Beobachtung kommen; in solchen Fällen bietet nun die länger dauernde Lymphadenitis am Halse ein wichtiges, und nach den anatomischen Erfahrungen auch verläßliches diagnostisches Merkmal. Sie ist histologisch bedingt durch eine Lymphangoitis der Markbahnen und entzündliche Schwellung der Follikel; am leichtesten sind diese Veränderungen durch die Weigertsche Fibrinfärbung der Schnitte von den makroskopisch hyperplastischen, blassen, feuchten und saftreichen Lymphdrüsen des Halses zu erkennen. Solche Drüsen findet man typisch bei rezenten Endokarditiden, bei den nicht tuberkulösen Empyemen, bei frischen Nephritiden, bei Osteomyelitis, Phlegmone des Wurmfortsatzes, beim sogenannten „rheumatischen Erysipel". Dieselbe septische Bakteriämie kann aber gewiß auch ohne metastatische Ansiedlung der Mikroben als Folgezustand einer postanginösen Lymphadenitis colli vorkommen. Ätiologisch kommen am häufigsten Streptokokken, seltener Diplo- und Staphylokokken in Betracht; bei Staphylomykosen scheint verhältnismäßig am leichtesten Vereiterung des Gewebes der Drüsen einzutreten. Da die anatomischen Befunde ein recht häufiges Vorkommen der postanginösen Lymphdrüsenschwellungen beweisen, und klinisch die sehr große Häufigkeit der Halsaffektionen durch die pyogenen Kokken außer Frage steht, stellen die bakteriämischen Invasionen derselben und ihr klinischer Ausdruck, die Drüsenfieber, offenbar ein häufiges Ereignis dar. Wahrscheinlich sind die ephemeren Fieber der Kinder nicht selten so aufzufassen und werden bei Beachtung der Drüsen am Halse sicher diagnostizierbar werden.

Karl Hochsinger bemerkt, daß die Befunde Kretz' lehren, daß das Drüsenfieber (Pfeiffer) nicht eine selbständige Krankheit darstellt, sondern daß es sich um Infektion der Lymphdrüsen am Halse, ausgehend von Eiterkokkeninfektionen der Mandeln, handelt, so daß die Drüsenerkrankung in allen Fällen als eine sekundäre aufgefaßt werden muß. Darauf habe er schon vor Jahren aufmerksam gemacht. Diese Halsdrüsenerkrankungen sind praktisch sehr wichtig, da Drüsenschwellungen am Halse nur zu leicht als skrofulöse bezeichnet werden. Die hier in Frage kommenden Drüsen-

erkrankungen unterscheiden sich aber von Skrofulose durch ihr rasches Auftreten und durch ihre Schmerzhaftigkeit. Auch die als Nachkrankheit des Scharlachs auftretende Halsdrüsenentzündung gehört in das Gebiet der postanginösen Lymphadenitiden und ist in genetischer Hinsicht vollständig dem Pfeifferschen Drüsenfieber zu analogisieren.

Josef Frischauer erwähnt, daß Dr. Gürich auf dem 22. Kongresse für innere Medizin darauf hingewiesen hat, es sei ihm gelungen, durch radikale Behandlung der Tonsillen den Rheumatismus ohne Anwendung innerer Mittel zur Heilung zu bringen und Rezidive desselben zu verhindern. *i. m.*

V. Aus der Praxis.

Zur Behandlung der Alopezie. (Haarausfall.)

Ein sympathischer Zug der heutigen Medizin ist es, nicht nur den großen wissenschaftlichen Fragen nachzugehen, sondern sich auch um die praktischen Fragen des Alltags zu bemühen. So ist der Haarausfall zum Gegenstand sorgfältiger Studien gemacht worden. Die Alopezie kann verschiedene Ursachen haben. Der Haarausfall kann angeboren sein oder im Gefolge verschiedener Krankheiten auftreten, und mit der Heilung dieser Krankheiten entweder teilweise oder gänzlich beseitigt werden; er tritt ferner als normale Altersveränderung im Greisenalter auf. Diese Fälle interessieren uns bei dieser Betrachtung nicht. Die häufigste Ursache des Haarausfalles bei dem erwachsenen Mann und Frau ist die Seborrhoe. Sie läßt sich nach S. Jessner in zwei Formen unterscheiden, in eine chronische und in eine akute. Die erstere befällt zumeist Männer. Allmählich fallen unter dem Bild einer trockenen oder seltener einer öligen Seborrhoe (Schmerfluß) die Haare aus. Auf der leicht geröteten Kopfhaut bilden sich schuppige oder borkige, grauweiße oder gelbliche, sich fettig anfühlende Auflagerungen (Schinn). Diese rühren nach der Ansicht einzelner Autoren lediglich von der vermehrten Ausscheidung eines dicken Talges seitens der erkrankten Talgdrüsen, während die Mehrzahl der Auflagerungen als in vermehrter Weise produzierte und abgestoßene Hornzellen auffaßt, die mit übermäßig sezerniertem Fett imponezniert sind. Die Folge der Seborrhoe ist, daß zuerst das Längenwachstum der Haare abnimmt, dann werden die Haare dünner, zarter, heller, den Wollhaaren ähnlicher und fallen schließlich ganz aus; das Kopfhaar lichtet sich. Zur Erkennung des Beginnes der Erkrankung empfiehlt Pohl-Pincus folgendes Verfahren: Bei Frauen zählt man die ausgefallenen Haare und stellt ihre Länge fest; beträgt die Zahl der ausgekämmten, sechs Zoll langen Haare mehr als ein Viertel der gesamten, dann ist der Vorgang pathologisch. Wo die Haare gebrennt werden, bedarf es bei Verwendung dieses Verfahrens besonderer Vorsicht. Bei Männern, die ihre Haare schneiden lassen, unterscheidet Pohl-Pincus die „Spitzenhaare“ von den „Scherenhaaren“. Findet man unter den ausgekämmten Haaren viele Spitzenhaare, dann liegt ein vermehrter Haarausfall vor. Seltener ist zweite akute Form der Alopezie. Oft sieht der Patient nun dem Haarausfall fatalistisch zu; er macht einige schüchterne Versuche mit irgend einem Mittel, das ihm in die Hände fällt, und betrachtet, wenn es nichts nützt, den Haarausfall als unvermeidlich. Und doch kann man durch ein konsequentes Verfahren dem Prozeß Einhalt tun und selbst in vorgeschrittenen Fällen eine wesentliche Besserung erzielen; der Status quo kann stets bei zielbewußtem Vorgehen erhalten werden. Jedoch muß man den Patienten aufmerksam machen, daß eine Heilung einer Alopezie eine länger dauernde Prozedur verlangt, und selbst nach Ablauf der Krankheitssymptome muß der Patient in regelmäßigen Intervallen auf seine Haar- und Kopfhautpflege bedacht sein, sonst ist ein Rückfall zu befürchten. Der beste Vorgang ist folgender:

Zuerst wird die Kopfhaut einigemale mit Pili, einem neuen Kosmetikum, welches vollkommen unschädlich ist und nur aus Früchten und Kräutern ohne Alkohol erzeugt wird, mit warmem Wasser gut gewaschen (bei Männern empfiehlt es sich natürlich, die Haare vor Beginn der Therapie kurz schneiden zu lassen); rasch führt zu dem Ziele nämlich die Entfernung aller Schuppen und Borken, auch wenn man die



Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1906 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—;** nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—.**

Medizinischer Zeitungsverlag
Telephon 22152. Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.

Kopfhaut vor dem Schlafengehen mit Pili gut befeuchtet und über Nacht eintrocknen läßt, bei warmer Witterung diese Waschung jeden Tag morgens wiederholt und jeden dritten Tag mit lauwarmem Wasser abends vor dem Schlafengehen den Kopf wäscht.

Ist nun die Kopfhaut von den Krusten befreit, so kommt der zweite Teil der Therapie, der die Soborrhoe zum Schwinden bringen soll.

Dazu empfiehlt sich Pili, dessen Heilwirkung vorzüglich durch feine Zusammensetzung ohne Alkohol, eine sichere ist, das zugleich laut Untersuchungen des chemischen Laboratoriums des Allgemeinen österreichischen Apothekervereines in Wien aus reinen Naturprodukten erzeugt wird und gänzlich frei von schädlichen Bestandteilen ist. Mittels eines reinen Schwammes, welcher mit Pili gut getränkt wird, wäscht man die Kopfhaut, so daß Pili in allen Hautporen eindringt und die Talgdrüsen reinigt. Auch bei Gebrauch von Pili empfiehlt es sich, wenn man abends, bevor man zu Bette geht, die Kopfhaut gut mit Pili befeuchtet, damit die möglichst lange und innig mit dieser zusammenziehenden Flüssigkeit in Kontakt bleibt und den Haarboden stärkt.

Pili ist nicht wie alle anderen Kopfwässer in großen Quantitäten zu verbrauchen, sondern sein Verbrauch ist nur etwa so gering, wie von irgend einem Öl. Durch diese sparsame Anwendung ist schon bei Verbrauch auch nur einer Flasche der Erfolg ein gewisser. Daher ist Pili für die Erhaltung der Haare das allerbeste Mittel. Dr. A. Kast.

VI. Notizen.

Allerhöchste Auszeichnung. Dem Landes-Sanitätsinspektor bei der Statthalterei im Lemberg Dr. Josef Barzycki wurde anläßlich der von ihm erbetenen Versetzung in den dauernden Ruhestand der Titel eines Regierungsrates mit Nachsicht der Taxe verliehen.

* In Gießen findet ein internationaler Kurs der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie von 15. bis 20. April 1907 in der Klinik für psychiatrische und nervöse Krankheiten statt. Derselbe ist in erster Linie für Juristen und Ärzte bestimmt, die mit psychiatrischen Gutachten zu tun haben, sodann auch für Beamte an Straf-, Besserungs- und Erziehungsanstalten, besonders im Hinblick auf angeborene geistige Abnormitäten, ferner für Polizeibeamte, die öfter mit geistig Abnormen zu tun haben, als Vortragende sind außer Prof. Sommer, dem Leiter der Klinik, beteiligt: Prof. Dr. Aschaffenburg, Köln a. Rh., Privatdozent Dr. Dannemann. Gießen und Prof. Dr. Mittermaier, Gießen. Als Themata sind in Aussicht genommen: 1. Die Formen der Kriminalität bei den verschiedenen Arten von Geistesstörung (Dannemann). 2. Der angeborene Schwachsinn in bezug auf Kriminalität und Psychiatrie (Dannemann). 3. Die angeborenen psychischen Abnormitäten in bezug auf die Lehre vom geborenen Verbrecher unter Berücksichtigung der morphologischen Abnormitäten (Sommer). 4. Die Epilepsie als Moment der Kriminalität und Psychopathologie (Sommer). 5. Die hysterischen (psychogenen) Störungen vom klinischen und forensischen Standpunkt (Sommer). 6. Simulation von Geistesstörung (Dannemann). 7. Der Alkoholismus als Quelle der Kriminalität und Geistesstörung. Die psychophysiologischen Wirkungen des Alkohols, die klinischen Formen des Alkoholismus, die strafrechtliche und soziale Seite desselben (Aschaffenburg). 8. Die Technik der Gutachten (Aschaffenburg). 9. Die verschiedenen Formen der Kriminalität (Aschaffenburg). 10. Die Bedeutung von Anlage und Milieu für Kriminalität (Aschaffenburg). 11. Die verschiedenen Strafrechtstheorien (Mittermaier). 12. Determinismus und Strafe (Mittermaier). 13. Die psychologischen Momente in Zivil- und Strafprozeß (Mittermaier). 14. Die strafrechtliche Untersuchung vom psychologischen Standpunkt (Mittermaier). 15. Psychologie der Aussage (Sommer). 16. Psychologie und Psychopathologie im Polizeiwesen. (Dannemann).

VII. Offene Stellen.

Tirol. Gemeindearztesstelle in Söll, Bezirk Kufstein. Jährliches Wartgeld 1000 K, für Besorgung des Armenhauses 300 K, für den ärztlichen Dienst in der Gemeinde Schiffau 300 K. Außerdem freie Wohnung in einem eigenen Hause mit Gemüse- und Obstgarten. Haltung einer Hausapotheke erforderlich. Gesuche sind ehetunlichst an die Gemeindevorstehung Söll einzusenden.



Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor
Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
o. ö. Universitätsprofessor **Dr. J. Nevinny** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstraße 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 13. Wien, 30. März 1907. **Nr. 13.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die bisherigen Erfolge meiner unblutigen Behandlung des Krebses und die „Autoritäten".

Von Prof. Dr. **Albert Adamkiewicz.**

(Fortsetzung.)

Ein schönes Beispiel zur Illustration dieser Verhältnisse liefert der Fall der Frau Eisenbahndirektor B. aus Jena, über den ich am 23. Oktober 1906 in der Akademie der Medizin zu Paris zu sprechen Gelegenheit gehabt habe[1]).

Bei dieser Dame war im Verfolg eines mehrfach operierten Krebses der rechten Brustdrüse schließlich eine inoperable Krebsmetastase in der rechten oberen Schlüsselbeingrube entstanden.

Diese Metastase schwand unter dem Einflusse des Kankroins. Und als die Kranke zwei Jahre später an einer Lungenembolie starb, fand man die einstige Krebsmatastase in Bindegewebe verwandelt. Im Rückenmark aber entdeckte man ein neues kirschengroßes Karzinom, das nicht anders, als durch Neuinfektion entstanden sein konnte.[2])

Daß aber diese Neuinfektion auf dem Boden einer hereditären Anlage zum Krebs bei unserer Kranken entstanden sein mußte, das wird durch den Umstand bewiesen, daß auch der Vater derselben bereits an Krebs gelitten hatte und am Krebs gestorben war. Es war dies einer jener interessanten Fälle, bei welchen ich die Übertragung des Krebses durch Insekten nachweisen konnte[3]).

Stellt sich aber das Rezidiv nach Kankroinheilung des Krebses im wesentlichen als eine Neuansteckung mit Krebskokzidienkeimen dar, dann hat man auch kein Recht, solche Rezidive der Kankroinmethode als einen Mangel vorzuwerfen. Wie man die Heilung eines gebrochenen Beines nicht dafür verantwortlich machen kann, daß der Besitzer des gebrochenen, aber wiedergeheilten Beines das Unglück erleidet, sich sein Bein zum zweitenmal zu brechen.

Ich möchte die Erwähnung des eben besprochenen Falles nicht vorübergehen lassen, ohne noch einer zweiten Tatsache zu gedenken, zu deren Aufklärung er beiträgt.

Daß Frau B. über der rechten Schlüsselbeingrube eine Krebsgeschwulst gehabt hat, das beweist der Umstand, daß in der Jenenser Klinik gegen diese Geschwulst monatelang Röntgenstrahlen erfolglos angewandt worden waren. Und daß diese Geschwulst durch das Kankroin geheilt und in Binde-

[1]) Ärztl. Rundschau, 1906, Nr. 45.

[2]) Ich lasse hier den auch noch aus anderen Gründen sehr interessanten Bericht des Mannes der Kranken ausführlich folgen.

Jena, 30. Juni 1906.

Sehr geehrter Herr Professor!

Wenn ich Ihnen erst heute den bereits am 26. Jänner d. J. erfolgten Tod meiner Frau mitteile, so hat das seinen Grund darin, daß ich bis kurz vor Pfingsten das Ergebnis der Obduktion nicht im ganzen Umfang erfahren konnte und ich es doch für meine Pflicht hielt, Ihnen davon Kenntnis zu geben. — — — — — —

Nachdem meine Frau aus Wien zurückgekehrt war, fing sie allmählich an, sich zu erholen. Anfang Februar vorigen Jahres war die rechte Hand schon so weit, daß sie sie mir zum Willkommen entgegenzustrecken imstande war.

Nach einiger Zeit (wahrscheinlich im Juni) stellten sich jedoch wieder Schmerzen und dann eine Art von Krämpfen im kranken Arm ein, die sich später wenigstens einmal täglich wiederholten und den Arm zuweilen eine halbe Stunde und länger zu Schleuderbewegungen zwangen. Und doch hatte die Kranke immer noch gesünder und besser ausgesehen, als je zuvor, und sogar an Körpergewicht zugenommen. Ende September wurde es auf einmal schlechter. Die Schmerzen wurden so stark, daß die Kranke den größten Teil des Tages auf dem Sopha liegend zubrachte und seitdem das Haus nicht mehr verlassen hat. Dann stellte sich noch ein nervöser Husten ein, der die Schmerzen bis zur Unerträglichkeit steigerte. So ist sie denn schließlich an Entkräftung gestorben, da auch die Nahrungsaufnahme mangelhaft und die ganze Verdauung vollständig in Unordnung geraten war.

Obgleich von mehreren hervorragenden Ärzten, die wir noch befragt hatten, keiner irgend etwas an der Kranken finden konnte, so waren wir, meine Frau und ich, doch stets der Ansicht, daß die Ursache von neuem sich gebildet haben müsse, welche die ersten Störungen verursacht, aber Ihre Kunst beseitigt hatte.

Bei der Sektion fand sich zunächst vom Grundleiden gar nichts, als die verschiedenen, von den Operationen herrührenden Narben. Nur am Schlüsselbein bestand eine 10 *cm* lange Schwiele, in der die nach dem Arm gehenden Nervenstränge eingebettet lagen.

Als auf Anregung des Herrn Dr. Weinert auch noch das Rückenmark untersucht wurde, fand sich im Körper des 7. Halswirbels eine kirschengroße Neubildung vor, die das Rückenmark an dieser Stelle komprimiert hatte und deren mikroskopische Untersuchung „Karzinom" ergeben hat. Sonst war von Krebs nirgends etwas zu finden.

Mich interessierte es sehr, die Art der oben erwähnten „Schwiele" zu kennen. Aber die Untersuchung dieses Gewebes konnte ich trotz allen Drängens erst Anfang Mai erhalten. — — — — — Der betreffende Anatom

gewebe verwandelt worden ist. das ist nicht nur durch den Schwund der Geschwulst unmittelbar nach Anwendung des Kankroins. sondern auch durch die diesem Schwunde unmittelbar folgende Erholung des von derselben gedrückt gewesenen Armnervengeflechtes und durch die mikroskopische Untersuchung der Schwiele festgestellt worden, welche bei der Sektion der Leiche an Stelle der einstigen Metastase gefunden worden ist.

In meinem, in der Akademie der Medizin zu Paris gehaltenen, hier bereits erwähnten Vortrage. habe ich auch dieser Tatsache als einer neuen Stütze des längst[4]) von mir geführten Nachweises Erwähnung getan, daß das Kankroin, das die Krebszellen töte und so Anlaß gebe, daß sich an Stelle der vom Lymphstrom und den Phagozythen fortgeführten toten Leiber dieser Zellen zunächst kleinzelliges Infiltrat und dann Bindegewebe entwickle, — den Heilprozeß des Krebses anatomisch abschließe, indem es den Krebs in Bindegewebe verwandle.

Gegen diese Darlegung wurde in der Diskussion zu meinem Vortrag der Einwand erhoben, daß „nach der Ansicht von Billroth die Entwicklung von Bindegewebe beim Krebs nicht die Heilung des Krebses bedeute".

Dieser Einwand zeigt ganz klar, daß ihm ein zweifacher Irrtum zugrunde liegt.

Einerseits waren Billroth die Einwirkungen des Kankroins auf den Krebs noch vollkommen unbekannt. Und er sehnte sich auch gar nicht danach, deren Bekanntschaft zu machen, da er an der „epithelialen" Natur des Krebses unbeugsam festhielt.

Und dann verwechselt jener Einwand zwei diametral verschiedene Dinge miteinander: Die sekundäre Entwicklung von Bindegewebe, — die der wachsende Krebs durch seinen Reiz auf das Nachbargewebe hervorbringt, die also eine Begleiterscheinung des Lebens des Krebses ist und die im Skirrhus seinen extremsten pathologischen Ausdruck findet — mit der primären Entwicklung des Bindegewebes, die sich aus dem den künstlich abgetöteten Krebs ersetzenden kleinzelligen Infiltrat bildet und also eine Folgeerscheinung des Todes des Krebses selbst und seines Ausfalles darstellt.

Es liegt nicht an der elementaren Klarheit dieser Verhältnisse, wenn sie manche Köpfe nicht begreifen.[5])

schickte mir zwei mikroskopische Präparate mit, welche Herr Dr. W. durch einen anderen Arzt hat besehen lassen. **Es handelt sich um gewöhnliches Bindegewebe.**

Als eigentliche Todesursache aber wurde festgestellt: Beginnende Lungenentzündung und Embolie der Lungenarterie.

Weil ich, wie vorhin erwähnt, immer der Ansicht war, daß es sich bei den neuen Krankheitserscheinungen um einen Rückfall des ursprünglichen Übels handle, hatte ich eine Wiederaufnahme Ihrer Behandlung mit Kankroin gewünscht.

Aber das ließ sich gar nicht machen, weil zur Zeit, da noch die Hoffnung auf Genesung war, die Ärzte sich widersetzten und durchaus behaupteten, daß meine Frau an „Hyperhysterie" (!) leide. Da mußte natürlich unsereins schweigen!!

Schließlich gleich nach Weihnachten kam ein junger Nervenarzt auf den Gedanken, ob sich am Ende nicht doch wieder Krebs gebildet hätte.

Es gelang mir endlich, es dahin zu bringen, daß Einspritzungen mit Kankroin versucht wurden. — Ob der Erfolg indessen ein besserer geworden wäre, wenn anders verfahren worden wäre — wer weiß es. Jedenfalls war meine Frau inzwischen zu weit heruntergekommen, um das leider Versäumte wieder mit ihr zu beginnen.

Mich mußte nach dem Tode vor allen Dingen interessieren, wie Ihre Behandlung seinerzeit gewirkt hatte. Jedermann, der mich auf der Straße traf, sagte: „Nicht wahr, Ihre Frau ist an Krebs gestorben!" So viel war davon seitens der Ärzte geredet worden und es war als „absolut sicher" von ihnen hingestellt worden, daß meine Frau an nichts anderem als an Krebs, speziell an Brustkrebs zugrunde gegangen sein müsse!!! — Und nun, da das Erwartete und kaum Abzuwartende (!) nicht eingetreten ist, wagt man zu behaupten: „Es sei kein Krebs gewesen, was vor Wien vorhanden und nach Wien verschwunden war!!"

Aber hier kam man in die Klemme. Entweder hat der Chirurg und haben alle die anderen sich geirrt, die die Kranke untersucht hatten, — dann hat Ihre Behandlung keinen Einfluß gehabt, — oder der Chirurg und alle Untersucher hatten recht mit ihrer Diagnose, dann hat aber auch Ihre Behandlung trotz allen Leugnens den Krebs geheilt!

Beides war gewissen Herren sehr unangenehm!

Ich wollte, wir wären zu Anfang vorigen Jahres noch einmal nach Wien gekommen!

Wer trägt die schwere Verantwortung dafür, daß das nicht geschehen ist:? B.

[3]) Zentralblatt f. med. Wissenschaften Nr. 46, 1904.

[4]) Die Heilung des Krebses. Wien 1903. S. 224.

[5]) Um die Wirkung meines in der Akademie der Medizin zu Paris gehaltenen Vortrages zu paralysieren, hat die feindlich stehende Presse, die das Kankroin diskreditieren sollende alte Lüge aufgefrischt, daß seine Zusammensetzung von mir geheim gehalten werde. Ich habe daher folgendes Schreiben an den Herrn Präsidenten der Akademie gerichtet, und bringe es, da das bisher nicht geschehen ist, hier zur Veröffentlichung:

Herr Präsident!

Gestatten Sie mir zu der am 23. Oktober in der Akademie der Medizin gemachten Mitteilung folgende Erklärung mit der Bitte, um offizielle Kenntnisnahme derselben, abzugeben:

1. Gegen die offenbar inspirierten Journale, welche von irgend einem „Geheimnis" in meinen Arbeiten über den Krebs sprechen, erkläre ich, daß, so sehr ein solches durch den Umstand zu entschuldigen wäre, daß, wie ich es soeben an mir selbst erfahren habe, der wissenschaftliche Arbeiter gegen Raub an seinem geistigen Eigentum durch nichts geschützt ist, bei meinen Krebsarbeiten nur derjenige von einem „Geheimnis" sprechen kann, welcher entweder nicht wissenschaftlich genug gebildet ist, um sie zu verstehen, oder moralisch nicht hoch genug steht, um sie nicht mit Absicht zu entstellen. — Das Kankroin im speziellen, gegen das die Begehrlichkeit und folglich auch die Verleumdung vorzugsweise gerichtet ist, ist in meinen „Untersuchungen über den Krebs" derart beschrieben, daß jeder wissenschaftlich gebildete Mediziner sich es selbst bereiten kann. Ich wünsche nichts als das geistige Eigentumsrecht mir an meiner Entdeckung zu wahren.

2. Alle von mir gebesserten und geheilten Fälle sind von mir in meinem Buche „Die Heilung des Krebses" und in zahlreichen Arbeiten veröffentlicht worden, die in der „Ärztlichen Rundschau" und in der „Deutschen Ärztezeitung" erschienen sind. Die Belege derselben haben dem Ministerium des Innern vorgelegen (s. Erlaß desselben vom 3. September 1903) und stehen jedermann zur Verfügung. In der Voraussetzung, daß die Statistik das in Zahlen ausgedrückte „Gesetz" eines Vorganges ausdrücken soll, habe ich unter dem Eindruck einerseits des Unfuges, der gerade in gewissen medizinischen Dingen mit der sogenannten „Statistik" getrieben wird, und anderseits in der Überzeugung, daß die Verschiedenheit der Krankheitsfälle und der Individualität der Kranken eine zahlenmäßige Gesetzmäßigkeit des Heilvorganges beim Krebs ausschließt, auf die von Herrn Reklus gestellte Anfrage nach einer „Statistik" meiner Krebsheilungen Anstand genommen, dieselben in ein bestimmtes Zahlengesetz zu fassen. Ich habe aber erklärt, daß es nach meinen Erfahrungen nur wenige Fälle gibt, in welchen das Kankroin gänzlich versagt und nicht durch Abtötung von Krebszellen günstig einwirkt, — ein bemerkenswerter Unterschied gegenüber dem Messer, das wenig nützt, aber häufig schadet. Ich werde übrigens nicht ermangeln, meine bisher erfolgreich behandelten Fälle zusammenzustellen und der Akademie der Medizin vorzulegen.

3. Die von Herrn Lancereaux gemachte Bemerkung, daß Bindegewebsentwicklung beim Krebs „nach Billroth" nicht Heilung bedeute, schließt einen zweifachen Irrtum ein. Denn einerseits war Herrn Billroth meine, jetzt allgemein angenommene Auffassung von der Natur der Krebszelle noch gänzlich unbekannt und dann verwechselt Herr Lancereaux die vom wachsenden Krebs durch Reizung hervorgerufene sekundäre Bindegewebsentwicklung, die kein Heilvorgang ist, mit der durch das Kankroin und die durch dasselbe hervorgerufene Abtötung der Krebszellen primär hervorgerufene, also den Krebs ersetzende Bindegewebsentwicklung, die die Heilung bedeutet.

4. Des Herrn Poirrier durch meinen Vortrag veranlaßte Proklamierung der operativen Heilerfolge beim Krebs kann ich getrost dem Urteil der Welt überlassen, die sehr wohl weiß, was sie von solchen Proklamierungen zu halten hat — und ebenso von des Herrn Poirrier Unterfangen, seines Landsmannes Doyen merkwürdigen Einfall in mein Gebiet mit dem Mantel seiner vaterländischen Liebe zu decken. — Auch wird niemand daran zweifeln, daß nicht erst Herrn Poirriers oratorische Leistung Herrn Dr. v. Rothschild zu seiner Schenkung für ein Krebsinstitut begeistert hat, da dies er doch als Mediziner nicht erst am 30. Oktober 1906 erfahren haben konnte, was das Messer dem Krebs gegenüber bedeutet, — während es dagegen nahe liegt, anzunehmen, daß es mein am 23. Oktober 1906 in der Akademie gehaltener Vortrag gewesen ist, der, wie er Herrn Poirrier zur unaufrichtigen Huldigung des Messers, Herrn Doktor v. Rothschild zum aufrichtigen Bekenntnis veranlaßt haben muß, daß die Heilbarkeit des Krebses nunmehr feststehe.

Paris, 30. Oktober 1907. Prof. Dr. Adamkiewicz.

Die angeführte Zusammenstellung hat ein Verschwinden des Krebses in 24% der behandelten Fälle ergeben.

Folgt hieraus, daß in den übrigen 76% der Fälle jeder Erfolg überhaupt ausgeblieben ist?

Mitnichten.

Denn, wo es sich um wirklichen Krebs handelt, da kann bei der Anwendung des Kankroin von einem absoluten Mißerfolg überhaupt nicht die Rede sein. Und nur dort wird ein solcher vorgetäuscht, wo pathologische Ablagerungen, Nebenprodukte des Krebses oder durch Operationen hervorgerufene Deformitäten, auf die das Kankroin natürlich keinen Einfluß haben kann, für Krebswucherungen angesehen werden.

Freilich kann das Kankroin trotz seiner krebszelltötenden Wirkung aus den mannigfaltigsten, zum Teil bereits angegebenen Gründen leider nicht immer Sieger bleiben.

Aber selbst dort, wo es unterliegen muß, geschieht das nicht, ohne dem Kranken großen, zuweilen ganz außerordentlichen Nutzen zu bringen.

Ich müßte den Inhalt zweier Bücher und eines Dutzends von Journal-Aufsätzen wiederholen, wollte ich die Art dieses Nutzens auch nur einigermaßen erschöpfend schildern.

Es mag daher genügen, diesen Nutzen hier nur kurz zu klassifizieren und zu erwähnen, daß er in Linderungen und Unterbrechungen des Schmerzes und der verschiedensten durch den Krebs bedingten Funktionsstörungen beruht, — daß er sich in der Begrenzung der Krebsfäulnis und im Aufhalten, Rückbilden und Unterbrechen des Krebsprozesses äußert und so zur Verbesserung des Allgemeinbefindens und selbst zu sehr wesentlicher Verlängerung des Lebens führen kann.

Kein Einsichtiger wird den Wert und die Bedeutung solcher Erfolge, auch wenn sie nicht immer zur „Heilung“ führen, unterschätzen oder gar gering achten.

So befindet sich seit einigen Wochen ein armer Teufel (A. K., 48 Jahre, Wien), mit einem durch die Brustwand durchgewachsenen Krebs der Speiseröhre und des Magens in meiner Behandlung, der mangels jeder Ernährung im Begriffe stand, den Hungertod zu erleiden — und den ich mit Hilfe der Kankroininjektionen doch so lange über Bord gehalten habe, daß er sich jetzt — nach drei Monate langer Behandlung — fast ausreichend ernährt und an Körpergewicht nicht mehr verliert.

Seit drei Monaten verdankt er daher jeden Tag seines Lebens ausschließlich meiner Hilfe.

Wird die Welt, für die ich kämpfe, nun endlich begreifen, was diejenigen eigentlich wollen, welche meine Sache befehden? (Fortsetzung folgt.)

Über Bornyval.

Von Med. **Dr. G. P. Ivezić.**

Unsere Zeit ist an Produktion neuer Heilmittel überreich. Und wenn man berücksichtigt, daß sogar die Fachblätter mit Annoncen und Reklamen überfüllt sind, so ist es ganz erklärlich, daß der moderne Arzt sich derartigen Berichten gegenüber ziemlich skeptisch verhält. Besonders die letzten Jahre brachten neuere Mittel en masse; jedes ist ein Spezifikum gegen dieses oder jenes Leiden, und doch sind die meisten davon nur von kurzer Dauer!

In diesem dahinschwimmenden Strome der Zeit gibt es aber doch hie und da ein Mittel, welches Stand hält, zumal wenn — wie im vorliegenden Falle — die Komponenten bewährt sind und durch ihre Vereinigung a priori auf ein Präparat von verstärkter Wirksamkeit schließen lassen. Das ist beispielsweise mit dem Bornyval der Fall, einem Präparate aus der altbekannten und altbewährten Baldrianwurzel.

In der Therapie der erkrankten Nerven nimmt bekanntlich Radix Valerianae einen besonders hervorragenden Platz ein. Man hat sich seit jeher bemüht, ihre wirksamen Komponenten chemisch zu isolieren, um diese soviel als möglich therapeutisch zu verwenden. Einer der wichtigsten Bestandteile ist das die Reflexerregbarkeit herabsetzende Borneol, ein anderer die Baldriansäure, welcher die chemische Arzneiindustrie schon lange ihre Aufmerksamkeit gewidmet hatte und die zur Herstellung einer Anzahl Präparate führte, welche sämtlich die Baldriansäure zur Grundlage haben, so das Zincum valerianicum, das Valyl, Validol, Valearin, Valerydin usw. Alle diese Präparate haben aber auch ihre Nachteile: sie unterliegen mehr oder weniger leicht der Zersetzung und verlieren nach einer gewissen Zeit an Wirkung; auch der Geschmack der Präparate wird mit der Zeit beeinflußt. Ebenso unzuverlässig sind auch die Infuse und Tinkturen. Wie erwähnt, gehen diese Präparate eben nur aus der Baldriansäure hervor; sie entbehren also eines wichtigen wirksamen Teiles der natürlichen Droge, des Borneols.

Der Chemischen Fabrik J. D. Riedel A.-G. ist es nun gelungen, die beiden einzigen wirksamen Bestandteile des Baldrians zu einem einheitlichen, wohl definierten und therapeutisch glänzend bewährten Körper zu vereinigen, welcher in der eleganten Form des Bornyvals vorliegt.

„Das Bornyval“, ein chemisch absolut reines Präparat, ist der Isovaleriansäureester des Borneols. Es besitzt die Zusammensetzung $C_{10} H_{17}$-O-$C_5 H_9 D = C_{15} H_{26} D_2$ und ist präformiert in der Baldrianwurzel enthalten. Es stellt eine wasserklare, aromatisch und zugleich ganz schwach nach Baldrian und Kampher riechende und schmeckende Flüssigkeit dar, welche neutral reagiert, bei 250—260° siedet und ein spezifisches Gewicht von 0·951 besitzt.*) Nach allen Untersuchungen unterliegt es keinem Zweifel, daß man in diesem Bornyval den allein wirksamen Bestandteil der Baldrianwurzel zu erblicken hat.

Das Präparat, wie es in die Therapie eingeführt ist, bekommt man in roten, elastischen, angenehm riechenden, genau dosierten (0·25 *g*), leicht zu nehmenden Gelatineperlen. Es wird anstandslos geschluckt und schmeckt, selbst wenn man die Perle zerbeißt, nicht unangenehm, was bei den anderen Baldrianpräparaten nicht der Fall ist. Hin und wieder stellt sich beim Bornyvalgebrauch ein geringes Aufstoßen nach Baldrian und Kampher ein, meist aber nur dann, wenn man das Mittel auf leeren Magen nimmt. Es wird aber berichtet, daß diese Erscheinung nicht einmal von den empfindlichsten Patienten als lästig empfunden wird, besonders wenn man sie auf diese Eventualität aufmerksam gemacht hat. Ich habe das Aufstoßen zwar gelegentlich an mir selbst wahrgenommen, konnte es aber bei einer äußerst empfindlichen Patientin nicht feststellen, nicht einmal, nachdem ich sie darauf aufmerksam gemacht hatte!

Das Bornyval ist sehr haltbar und übertrifft darin alle anderen Valerianpräparate. Sehr wichtig ist noch zu erwähnen, daß man es Wochen und Monate lang nehmen kann, ohne daß seine Wirkung nachließe, und ohne daß eine Gewöhnung einträte, denn man kann es ohne irgend welchen Schaden plötzlich aussetzen; es tritt kein „Bornyvalismus“ ein — wenn man so sagen darf.

Das Bornyval ist besonders indiziert bei den Herz- und Nervenkrankheiten. Man gibt in der Regel täglich drei Perlen, am besten nach dem Essen, eventuell mit Milch. In den Apotheken ist es in den Original-Schachteln zu je 25 Perlen zu haben.

Das Bornyval wurde in die Therapie durch den Berliner Nervenarzt Dr. L. Hirschlaff eingeführt, der mit ihm ausgezeichnete Erfolge erzielte, besonders bei den funktionellen Neurosen: „Die Wirkung der Medikation zeigte sich in jedem Falle fast momentan durch Kräftigung des Pulses, allgemeine Beruhigung und Linderung der subjektiven nervösen Beschwerden. Besonders auffällig war die Wirkung des Präparates in allen Fällen von funktionellen Herzbeschwerden, deren Behandlung sonst eine erhebliche Art für den Arzt darstellt; sei es, daß die Herzstörung rein nervösen oder hysterischen Ursprunges war, sei es, daß sie auf Arteriosklerose, Herzschwäche oder sogar in einzelnen Fällen auf organische Herzerkrankungen zurückzuführen war, in allen Fällen erfolgte eine prompte und anhaltende Besserung der Beschwerden fast unmittelbar nach der Einnahme des Bornyvals: eine Besserung, die zweifellos

*) Nach P. Siedler (cit. bei Hirschlaff u. a.)

nicht suggestiv bedingt, sondern objektiv an dem Verhalten des Pulses zu kontrollieren war.“

U i b e l e i s e n wendete das Bornyval ausschließlich bei Patienten mit ausgesprochener Hysterie, sowie bei den funktionellen Neurosen mit den bekannten subjektiven Beschwerden an und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden. — Ebenso erzielte E n g e l s ganz positive Resultate mit dem Bornyval bei verschiedenartigen Neurosen, bei Hysterie, Neurasthenie, Epilepsie. — M a r a m a l d i (Neapel) rühmt das Bornyval als ausgezeichnetes Mittel in der Therapie sämtlicher Neurosen, besonders bei der nervösen Schlaflosigkeit. Der Fall betrifft einen Juristen, der für die Prüfungen mit vollem Dampf arbeitete; um sich wach zu erhalten, trank er viel Kaffee und rauchte übermäßig. Bald stellten sich die unvermeidlichen Folgen: Hochgradige Nervosität und Schlaflosigkeit ein. Kaffee und Tabak wurden ausgesetzt, Natr. brom., Chloralhydrat verordnet — ohne Erfolg. M a r a m a l d i verordnete ihm nun Bornyval, drei Perlen täglich, und das Mittel wirkte prompt und sicher.*)

Von besonderem Interesse ist die Abhandlung des Berliner Internisten Prof. M e n d e l s o h n „Über Herzklopfen und andere Herzbeschwerden“. Diese lehrreiche Abhandlung ist in jeder Hinsicht wichtig. M e n d e l s o h n spricht überzeugend und betonend. Um gewissenhaft und rationell vorzugehen, ist es sehr wichtig, „dem Patienten ein Mittel in die Hand geben zu können, welches er stets und überall bei sich trägt, und das er zur sofortigen Verwendung stets zur Verfügung hat“. Unter den vielen Mitteln, die sich dazu eignen würden, hebt M e n d e l s o h n das Bornyval besonders hervor, indem er es „als eines der brauchbarsten und verwertbarsten“ nennt, welches er in der letzten Zeit fast ausschließlich anwendet und seinen herzkranken Patienten es auch „als ‚Präservativ‘ für das Auftreten etwaiger Zwischenfälle“ gibt. — Professor P f i s t e r, von der psychiatrischen Klinik in Freiburg i. B., berichtet über ausgezeichnete Erfolge, die er mit Bornyval bei den hysterischen und konstitutionell neurasthenischen Patienten beobachtet hat.

Man weiß ferner, daß die Tuberkulösen äußerst leicht erregbar sind. Mit ihrer furchtbaren Krankheit vergesellschaftet sich fast immer ein nervöses Leiden — damit die Qualen nicht einseitig erscheinen! Das Bornyval leistet uns hier ausgezeichnete Dienste, indem es beruhigend wirkt, wie dies bei E l s a e s s e r zu lesen ist.

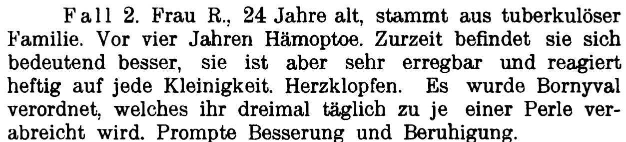
In der Gynäkologie findet das Bornyval ebenfalls seine wohltuende Verwendung. Verschieden sind ja die Gründe, aus denen so viele funktionelle Beschwerden bei unterleibskranken Frauen hervorgehen. R a t t n e r gibt darüber einen Bericht, er wendete an Prof. K o s s m a n n s Poliklinik für Frauenkrankheiten (Berlin) das Bornyval kritisch an und beschreibt seine sehr günstigen Erfolge.

Es ist nun nicht meine Absicht, ein Sammelreferat über das Bornyval zu schreiben. Es schien indessen notwendig, hier wenigstens einige Autoren anzuführen, deren übereinstimmend günstige Berichte mich zur Nachprüfung des Mittels anregten. Denn jede Bereicherung des Arzneischatzes, die eine w i r k l i c h e Bereicherung zu sein scheint, ist doch im Interesse unserer Patienten wärmstens zu begrüßen.

Bei meinen Versuchen, die ich voriges Jahr in Kragujevatz (Serbien) ausführte, erkannte ich nun bald, daß im Bornyval eine wirkliche Bereicherung vorliegt, indem es sich von prompter und tadellos reiner und eindeutiger Wirksamkeit erwies. Ich unterlasse es absichtlich, hier meine Fälle in extenso zu besprechen, um nicht wiederholen zu müssen und zu ermüden, möchte vielmehr nur einige charakteristische Fälle kurz beschreiben.

F a l l 1. Fräulein W., 20 Jahre alt. Die Patientin ist mager und blaß, sehr nervös, und klagt, oft von lästigem Herzklopfen gequält zu sein. Bornyval drei Pillen täglich. Nach zehn Tagen bedeutende Besserung.

*) Cit. bei L u b o w s k i.



F a l l 2. Frau R., 24 Jahre alt, stammt aus tuberkulöser Familie. Vor vier Jahren Hämoptoe. Zurzeit befindet sie sich bedeutend besser, sie ist aber sehr erregbar und reagiert heftig auf jede Kleinigkeit. Herzklopfen. Es wurde Bornyval verordnet, welches ihr dreimal täglich zu je einer Perle verabreicht wird. Prompte Besserung und Beruhigung.

F a l l 3. Frau P., 26 Jahre alt, zart und sehr empfindlich. Jeder unbedeutendere Wortwechsel bringt sie zur Aufregung und zum schwer stillbaren Weinen, wobei die Patientin laut schluchzt und nicht imstande ist, ein Wort herauszubringen. Bei solchen Anlässen wirkt bei ihr das Bornyval prompt und sicher. Die Beruhigung tritt rasch ein; sie wird nicht mehr von Herzklopfen gequält, wie dies früher immer der Fall war.

F a l l 4. Herr B., 35 Jahre alt, Volksschullehrer. Seit einigen Jahren leidet der Patient an oft wiederkehrendem Herzklopfen; er ist sehr nervös und wird oft von Schlaflosigkeit gequält. Früher war er mäßiger Trinker. In der letzten Zeit raucht er ziemlich viel Zigaretten. Dem Patienten wurde Abstinenz empfohlen; das Rauchen wurde auf eine leichte Zigarre reduziert. Bornyval vier Perlen täglich. Nach zwei Wochen fühlt sich Patient ganz wohl, klagt nicht mehr über das Herzklopfen und Schlaflosigkeit.

F a l l 5. Frau E., 56 Jahre alt, im Leben viel Kummer durchgemacht; Mutter von sechs Kindern. Seit einigen Jahren oft wiederkehrendes Herzklopfen, sehr häufig Schlaflosigkeit. Dem Alter entsprechende diätische Maßregeln; Bornyval drei Perlen täglich. Die Patientin berichtet über ausgezeichnete Wirkung des Mittels; sie spricht den Wunsch aus, dasselbe bei sich zu haben.

F a l l 6. Gymnasiast B., 18 Jahre alt, im 16. und 17. Jahre Onanist gewesen. In der letzten Zeit wird der Patient hie und da von nervösem Herzklopfen befallen, welches ihn stets in große Unruhe versetzt. Pollutionen ziemlich häufig. Dem Patienten wurde Bewegung im Freien empfohlen und erfrischende Bäder; Bornyval, besonders zur Zeit der lästigen Erscheinungen. Nach drei Wochen fühlt sich der Patient ganz wohl und von seinem Leiden befreit.

Die anderen vier Fälle bewegen sich beinahe in demselben Rahmen; der Erfolg blieb nie aus. Auch an mir selbst konnte ich eine beruhigende Wirkung durch Bornyval feststellen.

D i e S c h l u ß f o l g e r u n g v o n a l l e m i s t d i e, **daß** w i r i m B o r n y v a l e i n a u s g e z e i c h n e t e s, c h e m i s c h r e i n e s, g e n a u d o s i e r t e s u n d v o n a l l e n N e b e n w i r k u n g e n f r e i e s, a n u n d f ü r s i c h u n s c h ä d l i c h e s M i t t e l b e s i t z e n, e i n S e d a t i v u m u n d N e r v i n u m p a r e x c e l l e n c e, b e s o n d e r s b e i H e r z n e u r o s e n, b e i H y s t e r i e u n d N e u r a s t h e n i e, s o w i e v e r w a n d t e n E r s c h e i n u n g e n.

B e n ü t z t e L i t e r a t u r:

K. B e e r w a l d, Bornyval und seine Verwendung in der ärztlichen Praxis. — Allgem. medizin. Zentral-Zeitung 1905, Nr. 23.

v. B o l t e n s t e r n, Zur Behandlung hysterischer Ercheinungen mit Bornyval. — Deutsche Ärzte-Zeitung 1906, Nr. 24.

S. B o s s, Erfahrungen über die Verwendbarkeit des Bornyvals. — Medizinische Klinik 1905, Nr. 7.

J. B r i n g s, Über Bornyval. — Deutsche Medizinal-Zeitung 1905, Nr. 101.

B. D o m e n i c o, Über Bornyval. — Deutsche Praxis, vereinigt mit Zeitschrift für prakt. Ärzte und Medizinische Neuigkeiten 1905, Nr. 23.

E l s a e s s e r, Kasuistische Mitteilungen über die therapeutische Verwertung des Bornyvals, insbesondere bei der Behandlung der Tuberkulose. — Zeitschrift für Tuberkulose, Band VIII, Heft 3.

H. E n g e l s, Die echte Baldrianwirkung im Bornyval. — Therapeutische Monatshefte, Mai 1904.

G. F r i e b e l, Über Bornyval, das wirksame Prinzip der Baldrianwurzel. — Wiener medizinische Presse 1904, Nr. 28.

G. G ö t z l, Zur Therapie neurasthenischer und hysterischer Krankheitsformen. — Österreichische Ärzte-Zeitung 1906, Nr. 14.

J. G u t t m a n n, Weitere Erfahrungen über die klinische Verwendbarkeit des Bornyvals. — Österr. Ärzte-Zeitung 1905, Nr. 9.

G. H e r z f e l d, Bornyval bei traumatischen Neurosen. — Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1906, Nr. 4.

L. H i r s c h l a f f, Über Bornyval, ein neues, stark wirkendes Baldrianpräparat. — Allgem. medizin. Zentral-Zeitung 1903, Nr. 47.



A. Kohn, Bornyval und seine Anwendung in der ärztlichen Praxis. — Die Heilkunde, August 1906.
E. Krogh, Neuere Nervenmittel. Bornyval. — Deutsche Praxis 1905, Nr. 14.
F. Levy, Über das Bornyval (Borneolisovaleriansäureester) und sein Verhalten im Organismus. — Therapie der Gegenwart, Oktober 1905.
Lindhardt, Über Bornyval als Sedativum und Analeptikum. — Deutsche Praxis 1906, Nr. 23.
M. Lubowski, Bornyval und dessen therapeutische Bedeutung. — Allg. mediz. Zentral-Zeitung 1906, Nr. 39.
M. Mendelsohn, Über Herzklopfen und andere Herzbeschwerden. — Deutsche Ärzte-Zeitung 1906, Nr. 4.
Peters, Die Behandlung nervöser Leiden mit Bornyval. — Münchener medizin. Wochenschrift 1906, Nr. 9.
Pfister, Über Versuche mit einem neuen Derivat der Baldriansäure. — Deutsche Ärzte-Zeitung 1906, Nr. 1.
Rattner, Therapeutische Erfahrungen über die Verwendbarkeit des Bornyvals bei funktionellen Beschwerden unterleibskranker Frauen. — Deutsche medizinische Wochenschrift 1906, Nr. 41.
G. Schöffler, Zur Behandlung der Hysterie mit Bornyval. — Deutsche Medizinal-Zeitung 1905, Nr. 20.
M. Steiner, Über Bornyval. — Schmidts Jahrbücher der gesamten in- und ausländischen Medizin 1905, Heft 6.
W. Sternberg, Über die therapeutische Wirkung des Bornyvals. — Allg. Mediz. Zentral-Ztg. 1906, Nr. 30.
E. Toff, Über Herzklopfen und Behandlung mit Bornyval. — Wiener klinische Rundschau 1905, Nr. 38.
K. Uibeleisen, Über Bornyval, ein neues Baldrianpräparat. — Deutsche Praxis 1904, Nr. 3.
Witt, Über Bornyval „Riedel“. — Repertorium der Praktischen Medizin 1905, Nr. 12.

Weitere Literatur über Bornyval:

Ferrua, El Bornyval. — Gaceta Medica de Granada 1905, Nr. 539, 540 und 541.
Ferrua, El Bornyval en el fratamiento de las neurosis funcionales. — Archivos de Terapeutica 1905, Nr. 19.
Ferrua, Los verivados de la Valeriana en el tratamiento de las enfermedades nerviosas. — Cronica Medica Mexicana 1906, Nr. 10.
Ferrua, Il Derivati della Valeriana. — La Rivista Medica Pugliese 1906, Nr. 20.
Lohmann, Zur Behandlung von Neurosen. — Medizinische Klinik 1906, Nr. 20.
L. Maramaldi, Über Bornyval. — Allgem. Wiener mediz. Zeitung 1905, Nr. 41.
Merzbach, Über weitere therapeutische Erfahrungen mit Bornyval. — Fortschritte der Medizin 1906, Nr. 1.
Rahn, Therapeutische Notizen über einige neuere Arzneimittel. — Allgem. mediz. Zentral-Zeitung 1905, Nr. 10.
Schumann, Erfahrungen über das Baldrianpräparat „Bornyval“. — Fortschritte der Medizin 1905, Nr. 18.
P. Siedler, Über Bornyval. — Pharmazeutische Zeitung 1903, Nr. 76.
P. Siedler, Über Bornyval, den wirksamen Bestandteil der Baldrianwurzel. — Deutsche Medizinal-Zeitung 1904, Nr. 46.
Wollenberg, Über Bornyval. — Deutsche Praxis 1905, Nr. 8.

Zur Hundertjahrfeier der Wiener Operateurinstitute.

Altmeister Hyrtl machte den Medizinern zum Vorwurf, daß die Geschichte der Medizin für sie mit ihrer Inskription beginne; was ihr vorangehe, sei ihnen unbekannt. Dieser Vorwurf ist vielleicht nicht ganz ungerechtfertigt, wenn es anderseits auch richtig ist, daß die Wiener Hochschule die erste war, die eine eigene Lehrkanzel für die Geschichte der Medizin schuf. Und doch ist es nicht nur pietätvoll, sondern auch lehrreich, der Zeiten zu gedenken, in denen die alten Meister mit den einfachsten Hilfsmitteln den Grund zu dem stolzen Baue der medizinischen Wissenschaft legten.

Diese Erinnerungen steigen auf, wenn wir die Geschichte der Wiener Operateurinstitute durchblättern, die in diesen Tagen das Fest des hundertsten Jahrestages ihrer Begründung feiern konnten.

Das Institut wurde durch ein kaiserliches Handschreiben an Andreas Josef Stift, Direktor des medizinischen Studiums ins Leben gerufen.

Es heißt da, daß dieses Institut die verschiedenen Provinzen der österreichischen Monarchie „mit ganz tauglichen, in der operativen Heilkunde vollkommen geübten Wundärzten zu versehen habe“. Zwölf der vorzüglichsten der Kandidaten wurden ausgewählt: sechs für Österreich, vier für das lombardisch-venetianische Königreich, zwei für die Steiermark. Sie waren sehr gut gestellt; nach dem Geldwert der damaligen Zeit unabhängig. Man denke: materiell gewiß 300 fl. K.-M. Stipendium, Quartier im Krankenhause oder 60 fl. K.-M. Quartiergeld und die zwei Steiermärker kriegten 20 fl. K.-M. Reisegeld extra. Man war als „Sanitätsindividuum“ im alten Vormärz nicht schlecht daran. Verpflichtet waren die absolvierten Zöglinge, ihre erlernte Kunst in den „k. k. Staaten“ auszuüben. Un da wirkten verheißungsvoll die noch heute, allerdings mehr in Theoria, gültigen Hofkanzleidekrete vom 29. Dezember 1810 und vom 3. Dezember 1812, welche ihnen den Vorrang vor allen Bewerbern bei freiwerdenden Kreiswundarztstellen und bei den Sekundararztstellen garantierten. Es existiert der erste Jahresbericht des Institutes, das bescheiden genug eingerichtet war: Es standen 12 bis 14 Betten zur Verfügung, Instrumente stellte der Professor aus eigenem, und ein „Operationssaal“ war damals ein unbekannter Luxus. Noch spät nach Billroth haben viele Chirurgen im Krankenzimmer selbst operiert. Durchschnittlich waren etwa 100 Eingriffe im Jahr. Vinzenz Kern, der erste eigentliche klinische Professor der Chirurgie in Wien, wirkte hier von 1805 bis 1824. Als Schlußbericht seiner Tätigkeit liegt ein in formschöner Sprache geschriebener Band vor uns: „Die Leistungen der chirurgischen Klinik an der hohen Schule zu Wien vom 18. April 1805 bis dahin 1809“. Ein sehr „moderner“ Geist spricht aus diesen Zeilen. In der Vorrede sagt er: „Von uns Wundärzten fordert man, und zwar mit Recht, nebst einer wissenschaftlichen Ausbildung auch noch eine vorzügliche Gewandtheit unserer Hände. Es genügt für den Wundarzt nicht mehr, daß er die Notwendigkeit einer Operation in dem Heilungsprozeß anerkenne. Er muß sie auch zu verrichten, und zwar mit Sicherheit zu verrichten imstande sein. Eine solche Fertigkeit aber erlangt man nur durch eine lange und häufige Übung. Doch gibt es, außer dem Wissenschaftlichen und Technischen der Kunst, keine anderen Eigenschaften, wodurch der Beruf des Wundarztes, die physischen Leiden der Menschheit zu heben oder zu mildern, auf eine höhere und vollkommenere Art erreicht wird? — Bedarf es nicht auch einer sanfteren Bildung des Herzens? — Er, der fast nie erscheint, ohne dem Kranken Schmerz zu erregen und ihm dadurch so fürchterlich wird“. . . . „Und welch einen wesentlich wohltätigen Einfluß hat nicht oft diese Beruhigung auf den Zustand des Kranken? Sie hebt die üblen Folgen des ängstlichen Gemütszustandes; sie gibt ihm Mut, daß er das Schauerliche, sowie den Schmerz der Operation wirklich minder empfindet und leichter erträgt“.

Um die Bedeutung des Institutes zu kennzeichnen, seien einige Schüler desselben genannt: v. Wattmann, Schuh, v. Dumreicher, Albert, Gussenbauer, v. Eiselsberg, Hochenegg, Weinlechner, v. Mosetig, Hofmokl, v. Dittel, Lorenz, Fraenkel, Schnitzler, Wölfler, Nicoladoni, Hacker, Ewald, Maydl. Zöglinge waren auch: der Okulist Fuchs, Schauta und Chrobak, L. v. Schrötter; von ausländischen Gelehrten v. Czerny, Mikulicz, Winiwarter, Salzer und Narath.

An den zwei chirurgischen Universitätskliniken fanden aus diesem Anlasse Empfänge statt, an die sich Krankendemonstrationen und Besichtigungen der Kliniken schlossen. Die Festgäste, unter ihnen der jetzige Dekan der medizinischen Fakultät Prof. H. Mayer und Direktor Mucha, ferner die Herren v. Frisch, Lorenz, Fränkel, Frank, Budinger, Schnitzler, Ewald, Funkl, v. Friedländer, Lotheißen, Bum, Pupovac, begaben sich zuerst zur Klinik des Prof. Eiselsberg, hierauf zur Klinik Hochenegg. Abends fand eine Lister-Feier statt unter Vorsitz des Hofrates Chrobak, die Festrede hielt Prof. A. Fraenkel.

Aus Anlaß der Zentennarfeier erschien die „Wiener klinische Wochenschrift“ als Festnummer; sie enthält auf der Titelseite das wohlgetroffene Bildnis des Begründers des Instituts, Professor Vinzenz v. Kern. Auf der zweiten Seite der Festnummer steht eine von den Vorständen der chirurgischen Universitätskliniken, den Hofräten Professoren und Doktoren



v. Eiselsberg und Hochenegg, verfaßte Begrüßung an die Kollegen; unser Vaterland Österreich habe alle Ursache, auf die Kern sche Schöpfung stolz zu sein, und die Menschen schließe nichts schneller und fester aneinander, als gemeinsame ernste Arbeit, wie sie in dem Institute stets geleistet wurde. An die Begrüßung schließt sich ein ebenfalls von den Hofräten v. Eiselsberg und Hochenegg verfaßter Beitrag zur Geschichte des jubilierenden Instituts. An seiner Spitze steht das Handschreiben Kaiser Franz I. an den ersten Kanzler der vereinigten Hofkanzlei Grafen Ugarte. Es hat folgenden Wortlaut: „Lieber Graf Ugarte! Ich habe mich bewogen gefunden, einige junge Wundärzte, die mittellos, fleißig und von guter Aufführung sind, durch Privatunterricht des hiesigen Professors Kern zu guten Operateuren ausbilden zu lassen und für jeden derselben, die der Direktor des medizinischen Studiums Hofrat Stifft auswählen und der Kanzlei namhaft machen wird, für die Dauer des Unterrichtes zum Unterhalte einen jährlichen Betrag von 300 Gulden in den gewöhnlichen vierteljährlichen Raten gegen vidimierte Quittungen des Professors Kern gnädigst ex Camerali gegen dem zu bewilligen, daß sie sich anheischig machen, für die auf Unkosten des Staates erhaltene Ausbildung in Hinkunft Meinen Erbstaaten zu verbleiben und daselbst ihre Kunst auszuüben. Die Kanzellei wird diese Meine Entschließung der Hofkammer zur Nachachtung mitteilen. Wien den 9. Hornung 1807. Franz“. Die Festnummer enthält eine Nachbildung des den Zöglingen am Schlusse des zweiten Jahres feierlich überreichten Operateurdiploms, Erinnerungen des ehemaligen Zöglings Professor Dr. A. v. Winiwarter in Lüttich, und wissenschaftliche Arbeiten von Dr. Paul Clairmont, Assistenten an der Klinik Hochenegg, dem Operationszögling Dr. Julius Boese und dem Assistenten der chirurgischen Abteilung des Prof. Dr. Alexander Fraenkel Dr. Alfred Boß. K.

II. Referate.

Was leistet Pyrenol bei der Behandlung der Influenza? Von Dr. M. Steiner. (Aus dem Herzoglichen Landeskranken- und Siechenhaus in Altenburg. Direktor: Medizinalrat Dr. A. Nützenadel, Repertorium der praktischen Medizin 1907, Nr. 3.)

Daß wir in dem Pyrenol „ein ganz besonders geeignetes Influenzamittel“ besitzen, kann nach der eigenartigen Konstitution und den daraus resultierenden Eigenschaften dieses Mittels nicht wundernehmen. Vereinigt es doch antipyretische und antineuralgisch-sedative Wirkungen mit Expektoration beförderndem und herztonisierendem Einfluß, wie dies in der stattlichen Reihe von 30 Publikationen (zum Teil aus ersten Krankenhäusern) schon eingehende Würdigung gefunden hat.

Verfasser berichtet über seine Erfahrungen an 86 mit Pyrenol behandelten Fällen von Influenza. Die im Prodromalstadium zur Behandlung genommenen Kranken erhielten meist dreimal täglich 1 *g* oder sechsmal 0·5 *g*; bei voll ausgeprägtem Krankheitsbilde mit schweren Symptomen wurden viermal täglich 1 *g* oder 3stündlich 0·5 *g* gegeben. Kindern wurde je nach dem Alter drei- bis viermal täglich ein Kinderlöffel einer Solution 2·0—4·0/100·0 verabreicht.

Über die Wirkung dieser Medikation äußert sich Verfasser überaus befriedigt: „Pyrenol setzt das Fieber herab in milder allmählicher Weise, die Antipyrese ist von einer nur geringen Schweißproduktion begleitet und einer Erhöhung des Wohlbefinden gefolgt. Es entsteht niemals ein mit Kollapsgefahr verbundener rapider Temperatursturz. Das Pyrenol beseitigt die Schmerzen in den Gelenken, Muskeln, Faszien, Sehnen, die Schmerzen der Pleura und der Interkostalnerven; es wirkt als kräftiges Expektorans, ist schleimlösend und gleichzeitig die Neubildung des Sekrets beschränkend, sowie frei von störenden Nebenwirkungen auf Herz, Nieren, Magen und Darm. Es tonisiert das Herz und hebt den Appetit.“

Von besonderem Werte ist dabei, daß Pyrenol vermöge seiner expektorierenden und herztonisierenden Eigenschaften zugleich das beste Prophylaktikum gegen die so häufige und gefährliche Komplikation, die Lungenentzündung, ist. Von den im Prodromalstadium zur Behandlung gekommenen Fällen bekam kein einziger eine Pneumonie.

Andererseits ist hervorzuheben, daß bei schon bestehender Pneumonie der Verlauf unter Pyrenoldarreichung sich sehr günstig gestaltet, wie Verfasser in Übereinstimmung mit den Erfahrungen anderer Autoren an acht mit schweren Symptomen eingelieferten Patienten beobachten konnte.

Nach alledem erweist sich das Pyrenol für die Behandlung der Influenza als von außerordentlich hohem Werte, wie es von keinem anderen Präparat erreicht wird.

*

Die Einwirkung des Alkohols auf die Steigarbeit. Von Prof. A. Durig.

Auf Grund seiner Versuche über die Beeinflussung des Gaswechsels, des Energieverbrauches und der Leistungsfähigkeit eines bergsteigenden Menschen durch vorhergehenden mäßigen Alkoholgenuß kommt Prof. A. Durig zu folgenden Ergebnissen:

Die Versuche ergaben Absinken des Effektes um 20%, dabei gleichzeitige Verminderung des Wirkungsgrades um 13%, also geringere Leistung bei größerem Verbrauche unter Alkoholwirkung.

Die Gesamtverbrennungswärme des zugeführten Alkohols ist größer als jene der durch den Alkoholgenuß hervorgerufenen Mehrausgabe für die Gesamtleistung, so daß ein Teil der Energie des zugeführten Alkohols eine Ersparnis an Nahrungsmitteln herbeiführen kann.

Der Alkohol ist — wenigstens für die Versuchsperson — kein verwertbares Nahrungsmittel bei der Leistung von Steigarbeit, da die Mengen, welche zur Leistung einer einigermaßen bemerkenswerten Arbeit genossen werden müßten, so groß sind, daß sie bei längere Zeit hindurch fortgesetzter Zufuhr zu schweren Störungen im Organismus führen müßten. Außerdem wird auf Grund von Energie, die den gewöhnten Nahrungsmitteln entstammt, dieselbe Arbeitsleistung in kürzester Zeit und bei geringerem Verbrauche geleistet, als wenn der Nahrung Alkohol zugesetzt wird.

Ein Teil der durch Verbrennung des zugeführten Alkohols freigewordenen Energie wird vom Körper ausgenutzt und auch zur Leistung von Arbeit herangezogen.

Im Laufe der Versuchsreihe nahm die Giftwirkung des Alkohols ab, was sich in einem Ansteigen des Effektes und gleichzeitigem Absinken des Verbrauches kundgab. (Pflügers Archiv f. d. ges. Physiologie, B. 113, H. 7 und 8.)

III. Literatur.

Beiträge zur Erkenntnis des Uranismus. Von L. S. A. M. v. Römer. Heft 1: „Die uranische Familie“. Leipzig-Amsterdam, Maas und van Suchtelen, 1906.

Römer, der seit Jahren eifrigst für eine gerechtere Würdigung des Uranismus kämpft, kommt in diesem Buche zu folgenden Schlüssen: 1. Der Prozentsatz der Uranier beträgt mindestens 2%, höchstens 33%. 2. Der Uranismus tritt in mindestens 35% der Fälle familiär auf. 3. In uranischen Familien hat die Einteilung der Geschlechter viel mehr nach der Geschlechtstriebrichtung, als nach den Geschlechtsteilen stattzufinden. In ihnen ist 4. der Altersunterschied zwischen Vater und Mutter viel größer als in normalen Fällen, hingegen 5. keine höhere erbliche Belastung zu finden, als in andern Familien (?), wohl aber kommt 6. Karzinom in viel größerem Maße vor als Tuberkulose, während in anderen Familien das umgekehrte der Fall ist. 7. Die Chance für die Entwicklung eines Uraniers in dafür geeigneten Familien wird größer, wenn der Zeitpunkt der Zeugung sich dem Ende der Produktivität der Eltern nähert. 8. Ein solches Kind wird in der übergroßen Zahl der Fälle schon von frühester Jugend an Erscheinungen und Eigenschaften zeigen, welche mehr einem Individuum des anderen Geschlechtes eigen sind. 9. Bleibende Homosexualität ist immer nur angeboren, nie



erworben. 10. Sie ist endlich keine Perversion und kein Laster, sondern eine Varietät des Geschlechtstriebes. Scheinen mir auch nicht alle Beweise zwingend und halte ich auch manches für falsch gedeutet, so wird doch jeder, der sich mit Homosexualität beschäftigen will, in diesem Buche des Amsterdamer Neurologen eine Fülle von Belehrung und Tatsachen finden. Es ist lebhaft zu bedauern, daß diese interessante Schrift recht mangelhaft ins Deutsche übertragen wurde. Zum Schluß noch ein Wort über die Therapie. Mit Recht konstatiert unser Autor die Nutzlosigkeit aller bisherigen Behandlung, inklusive der Suggestionstherapie. Wenn er aber die einzige Hilfe darin sieht, den Homosexuellen darüber zu belehren, er habe dieselben moralischen Pflichten wie andere Menschen, er müsse sich bezwingen, dürfe seine Pflichten gegen Gott und die Menschheit nicht verletzen, so sind das wirklich nur bloße Worte, mit denen man wenig erzielen wird. Viel aussichtsreicher, schon nach den wenigen Versuchen, die ich selbst gemacht, scheint mir die psychoanalytische Methode nach Freud, zum mindestens in jenen Fällen, wo heterosexuelle Ansätze bestehen und der Homosexuelle selber von seiner Neigung befreit werden will. Dr. J. Sadger.

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 8. März 1907.

Emil Haim (Budweis) zeigt zwei Geschwister mit Pseudohermaphroditismus masculinus. Die Ältere (20 Jahre) zeigt einen ausgesprochenen männlichen Habitus, vor allem eine männliche Kehlkopfbildung, ferner sind die Brüste wenig entwickelt und starke Behaarung des ganzen Körpers. Was die Genitalien selbst betrifft, so ist eine große und unperforierte Klitoris vorhanden mit großem Präputium, ferner eine blind endigende, kaum für den Zeigefinger entrierbare Vagina. Uterus und Ovarien sind auch bei der Untersuchung per rectum nicht nachzuweisen; auf der rechten Seite findet sich in der großen Schamlippe ein haselnußgroßes, ovales Gebilde, welches ich für einen Hoden halten möchte. Die Person ist weiblich erzogen, hat sich jedoch nie zu Männern hingezogen gefühlt. Die jüngere Schwester, 13 Jahre alt, besitzt ebenfalls ein mißbildetes Genitale; es finden sich analoge Verhältnisse, wie in dem erstbeschriebenen Falle; nur finden sich in beiden Schamlefzen diese Gebilde, welche H. als Hoden ansprechen möchte.

Ferner demonstriert Haim einen Fall, bei dem ein Oberkiefersarkom und Morbus Basedowii gleichzeitig vorhanden waren. Bei einem 14 Jahre alten Burschen wurde vom Vortragenden ein von der Pulpa des noch nicht durchbrochenen Weisheitszahnes ausgehendes Fibrosarkom nach vorheriger Unterbindung der Carotis externa mit Kocherschem Schnitte der rechte Oberkiefer total reseziert. Gleichzeitig litt der Knabe an Morbus Basedowii. Die Erscheinungen dieses sollen sich seit dem elften Lebensjahre entwickelt haben und waren zur Zeit der Operation (Juli 1906) alle Symptome dieses Leidens vorhanden. Nach der Operation gingen die Symptome des Morbus Basedowii vollkommen zurück. Es muß unentschieden gelassen werden, was die Ausheilung des Morbus Basedowii bewirkt hat, ob die Resektion des Oberkiefers oder die Unterbindung der Carotis externa, die unmittelbar nach dem Abgang der Thyreoideae unterbunden wurde.

Zum Schlusse zeigt noch Haim das Bild einer Gangrän der Bauchdecken bei einer 26jährigen Patientin, die wegen einer Parametritis suppurativa einen Eisbeutel auf den Bauch gelegt bekam. Nach drei Tagen hatte sich Gangrän entwickelt.

Karl Hochsinger zeigt ein vier Wochen altes Kind mit multipler Epiphysenlösung infolge hereditär-syphilitischer Osteochondritis. Das Kind fiel schon unmittelbar nach der Geburt durch die Regungslosigkeit seiner Gliedmaßen auf und konnte die Arme überhaupt nicht bewegen. Später erst sei allmählich eine Verdickung an den Gelenkenden der Knochen aufgetreten. Das Kind kam um 14 Tage zu früh zur Welt, hatte je vier Blasen an den Fußsohlen. Der Vater des Kindes machte vor 13 Jahren Lues durch, an der Mutter finden sich nicht die leisesten Zeichen ehemaliger Lues. Die Gelenksenden der langen Röhrenknochen sind aufgetrieben und druckempfindlich. Die den Knochenteilen anliegenden Weichteile um die Gelenke herum sind in die Schwellung mit einbezogen, nur die Haut über den Gelenken ist frei und verschieblich. Auffallend ist am linken Oberschenkel eine das obere Drittel desselben okkupierende, zirkuläre, sehr druckempfindliche Auftreibung. Die oberen Extremitäten erschienen anfänglich vollständig gelähmt, trotzdem konnten durch Nadelstiche reflektorisch Bewegungen mit den Fingern ausgelöst werden. Jetzt ist wohl schon eine leichte Beweglichkeit der oberen Extremitäten vorhanden, allein die Unterarme und Hände sind noch immer sehr schwer beweglich, die Hände selbst sind gebeugt, proniert und abduziert. Passive Bewegungsversuche sind schmerzhaft und von Weinen begleitet. An den unteren Extremitäten besteht gleichfalls eine Bewegungsstörung. Dieselben werden spontan kaum bewegt, jedoch bieten sie nicht, so wie die oberen, das Bild einer schlaffen Lähmung, vielmehr das einer tonischen Beuge- und Abduktionskontraktur. Ganz unförmig sind die oberen und unteren Gelenksenden der Kniegelenke aufgetrieben, auch die Sprunggelenke sind verdickt. Es handelt sich im vorliegenden Falle zweifellos um eine durch angeborene Syphilis hervorgerufene, allgemeine Knochenerkrankung, in deren Vordergrund die Wegnersche Osteochondritis mit Epiphysenlösung steht. Das Röntgenbild zeigt eine massive Verbreiterung, Auftreibung und Aufhellung der Diaphysenschattenenden, mit verwaschenen Grenzkonturen gegen die Epiphyse. Die dunklen Diaphysenschatten sind an ihren Epiphysenenden allenthalben von einem pilzförmigen, helleren Schattenbild umgeben, welches an Stelle der sonst unsichtbaren Epiphyse hervortritt, zum Beweis dafür, daß die Kalkablagerung in unregelmäßiger Form auch um die Epyphisenknorpel herum stattgefunden hat. Die eigentliche Epyphisenlösung ist im wesentlichen nichts als eine Fraktur innerhalb der rarefizierten oder gänzlich zu Granulationsgewebe metamorphosierten subchondralen Gewebslage. So wie aber Epiphyse und Diaphyse schlottern, kommt es wie bei jeder anderen Fraktur zur reaktiven Kallusbildung, welche im Röntgenbilde hier besonders schön zum Ausdruck gekommen ist. Was die Therapie betrifft, so genügt die antisyphilitische Behandlung, um in kürzester Zeit die Knochenschwellung und die Bewegungsstörung zu beseitigen.

Eduard Lang stellt einen 30 Jahre alten Mann vor, der wegen Malaria in Genua im Frühjahr 1906 mit Röntgenbestrahlung in der Milzgegend behandelt wurde. Im September 1906 kam er wegen eines Röntgenulkus auf die Abteilung des Vortragenden. Die Schmerzen von seiten des Ulkus, unter denen der Patient litt, waren so exzessiv, daß er wortwörtlich, weder bei Tag noch bei Nacht ein Auge zu schließen imstande war, trotz hoher Dosen Morphium. Der Vortragende entschloß sich darum, die Exstirpation des Ulkus im großen Umfange ($10^1/_2 \times 7$ *cm*) auszuführen und dabei, soweit es anging, auch in die Tiefe gegen das Gesunde vorzuschreiten; es wurden Fasern des Pectoralis major, serratus und wohl auch von den Musculi intercost. mitgenommen, die Wunde nach Thiersch gedeckt. Doch war die Nekrotisierung noch nicht abgegrenzt, sondern schritt weiter. Erst in den letzten Tagen zeigt sich Tendenz zur Verheilung. Vortragender bespricht anschließend daran die beobachteten Röntgenschäden, die nach therapeutischer Bestrahlung zustande kommen, und erwähnt auch Fälle, wo schon nach diagnostischen Untersuchungen schwere Ulzera auftraten. So erwähnt er einen Fall, wo ein 24 Jahre alter, psychopathisch veranlagter junger Mann etliche rostige Nägel verschluckt hatte. Zwölf Tage nach der Durchleuchtung trat eine Reaktion an der Haut auf und nach weiteren 16 Tagen begann eine Ulzeration der Stelle.



Als das sich nun weiter ausbildende Röntgengeschwür nicht zur vollständigen Heilung gebracht werden konnte, transferierte man den Kranken — etwa ein Jahr nach der Bestrahlung — auf die Abteilung des Vortragenden. Lang tritt nun dafür ein, daß man solche Ulzera erst zu einer Zeit exzidiert und plastisch deckt, wenn man vollständigen Abschluß der durch Röntgen gesetzten degenerativen Vorgänge annehmen kann.

Julius Schnitzler stellt einen Kranken vor, der drei Monate, nachdem er eine Hernienradikaloperation durchgemacht hat, einen epiploitischen Tumor aufweist. Man findet unter dem rechten Rippenbogen einen doppeltfaustgroßen, ziemlich derben, etwas unebenen, sehr druckempfindlichen Tumor, der etwas respiratorische Beweglichkeit und ein wenig quere Verschieblichkeit zeigt. Bei dieser Erkrankung handelt es sich um von Netzligaturen ausgehende Entzündungen, deren eitriger Kern ein minimaler sein kann. Zuerst sind Seidenligaturen, mitunter aber auch Katgutligaturen der Ausgangspunkt solcher Entzündungen. Das Charakteristische für die postoperative Epiploitis ist das zwischen Operation und Auftreten der Erscheinungen — Schmerz, Tumor, event. peritoneale Reizerscheinungen, selten Enterostenose — liegende Intervall vollkommener Gesundheit. Dieses Latenzstadium dauert Wochen, Monate oder Jahre; es wurde das Auftreten derartiger epiploitischer Tumoren drei und selbst fünf Jahre nach der ursächlichen Operation beobachtet. Die Mehrzahl der epiploitischen Tumoren schwindet bei Ruhe und Anwendung von Wärme. Kommt es zu größeren Eiteransammlungen, so muß natürlich indiziert werden.

Hermann Teleky hat vor kurzem einen Fall beobachtet, wo bei einer alten Frau, Monate nach der Operation einer inkarzerierten Hernie eine Geschwulst von der Größe eines Hühnereies an der Flexura hepatica zu fühlen war und die Erscheinungen der Darmstenose zu wiederholten Malen in gefahrdrohender Weise sich einstellten: Erbrechen, heftige Schmerzen, stürmische, peristaltische Bewegungen, Darmsteifigkeit, Obstipation. Teleky machte Injektionen von Fibrolysin. Er spritzte subkutan im ganzen zehn Phiolen ein. Seit der letzten Injektion sind nun über vier Wochen vergangen und es trat seither keine Erscheinung der Darmstenose ein.

Ant. Frh. v. Eiselsberg stellt einen Fall vor, in dem er ein Ösophagusdivertikel mit Erfolg operiert hat.

Johann Fein erwähnt einen Fall, wo eine Frau, die mit dem Befestigen von Reißnägeln beschäftigt war, einen solchen zwischen den Lippen hielt und ihn verschluckte. Der Fremdkörper machte ihr keine großen Beschwerden, keine Atemnot und nur ein unangenehmes Gefühl beim Teeschlucken. Sie konnte ohne die geringsten Schmerzen Speise und Getränke zu sich nehmen. Die laryngoskopische Untersuchung ergab, daß der Nagel in der hinteren (laryngealen) Fläche der Epiglottis fest wie mit dem Daumen eingedrückt am Übergang des vertikalen Teiles des Kehldeckels in den horizontalen saß. Unter vorsichtiger Kokaineinträufelung machte Fein zunächst den Versuch, die Platte von hinten her mit der Schrötterschen Pinzette zu erfassen, was aus dem Grunde nicht gelang, weil die Branchen derselben nicht derartig gekrümmt werden, daß sie die horizontal stehende Platte von oben nach unten her erfassen konnten. Die Situation war insoferne kritisch, als der Nagel gerade oberhalb der Kehlkopföffnung saß und unvermeidlich in die Trachea gefallen wäre, wenn es ihr zwar gelungen wäre, ihn zu lockern, jedoch nicht zu ergreifen; daher führte er einen Schlingenschnürer derart ein, daß er die Platte von vorne nach unten her mit der Drahtschlinge umging, dieselbe vorsichtig zuzog und auf diese Weise den Stift zwischen Platte und Kehldeckel sicher gefaßt hielt. Mit einer verhältnismäßigen kräftigen Bewegung nach hinten gelang nun die Extraktion des Nagels leicht und sicher. Die Beobachtung des Falles ist aus dem Grunde von großer praktischer Bedeutung, weil er zeigt, wie gefährlich es ist, irgendwelche Manipulationen zur Feststellung oder Extraktion eines Fremdkörpers vorzunehmen, bevor nicht die Spiegeluntersuchung vorangeschickt wurde. Die Lage des Nagels macht es in diesem Falle klar, daß er, wenn er nicht so fest im Kehldeckel gesteckt hätte, bei jeder Manipulation in die Trachea gefallen wäre, was begreiflicherweise unberechenbare Folgen nach sich gezogen hätte.

Heinrich Marcus demonstriert einen aseptischen Taschenkatheterisator und einige Modifikationen und Hilfsinstrumente an einem selbsthaltenden, zweiblätterigen Vaginalspekulum, die sich für die Ausführung kleinerer Operationen ohne Assistenz, sowie für die Sprechstunde als recht zweckmäßig bewährt haben.

Julius Hochenegg berichtet über einen Fall von während der Gravidität entstandenen Rektumkarzinom und durch dasselbe bedingtes Geburtshindernis. Anschließend an die Demonstration betont Hochenegg die relative Häufigkeit (Hochenegg verfügt bereits über sechs derartige Beobachtungen) der Kombination von Schwangerschaft und Rektumkarzinom und die Schwierigkeit für Indikationsstellung und Therapie, die hieraus erwächst, da hiebei das Leben des Kindes und das der Mutter in Erwägung zu ziehen sei. Es lassen sich in dieser Beziehung folgende Gesichtspunkte aufstellen: Bei inoperablem Karzinom kommt nur das Leben des Kindes in Betracht. Bei operablem Rektumkarzinom ist in der ersten Zeit der Gravidität die Schwangerschaft zu unterbrechen, da Puerperium abzuwarten und die Exstirpation vorzunehmen. Am Ende der Gravidität wird es sich empfehlen, so vorzugehen, wie in dem geschilderten Falle, d. h. die Entbindung durch Sectio caesarea und dann in zweiter Sitzung die Exstirpation des Rektumkarzinoms vorzunehmen.

Boese (als Gast): Ein Fall von Stieltorsion eines sarkomatös degenerierten Bauchhodens. Es handelte sich um ein alveoläres Rundzellensarkom. Fälle, daß ektopische Hoden degenerieren, sind nicht selten; äußerst selten finden wir jedoch, wie in diesem Falle, eine Stieltorsion. Die Torsion betrug 180°. Redner bespricht noch eingehend den klinischen Befund und die Operationsmethode. *i. m.*

Konstituierende Versammlung des Landesverbandes der Ärzte Deutschböhmens.

(Fortsetzung statt Schluß.)

Der einzelne Arzt begibt sich unter gewissen Einschränkungen des Rechtes, selbständig Verträge abzuschließen; er unterschreibt einen Revers, den Verpflichtungsschein, in welchem er sich ehrenwörtlich und unter Zahlung einer Konventionalstrafe zur Einhaltung der von der Vertragskommission erlassenen Vorschriften verpflichtet. Dieser Verpflichtungsschein erstreckt sich selbstverständlich nur auf zukünftige Verträge, die bestehenden Verhältnisse werden von ihm nicht berührt.

An Stelle des Einzelvertrages tritt also jetzt der Kollektivvertrag. Die Vertragskommissionen und der Verpflichtungsschein haben sich als ein gewaltiges und unumgänglich notwendiges Schutzmittel zur Erreichung unseres Zieles erwiesen, sie bilden den Kernpunkt der wirtschaftlichen Orgasation.

Den Grundstock der wirtschaftlichen Organisation bilden die Bezirksvereine, in welchen die Vertragskommissionen ihre wichtige Tätigkeit zu entfalten haben. In denselben sollen mit den Ortsverhältnissen vertraute Kollegen mit wachsamem Auge alle Vorgänge des ärztlichen Lebens beobachten und für den Bereich des Bezirksvereines passende Beschlüsse fassen. Die Tätigkeit der Bezirksvereine in bezug auf lokale Fragen ist durchaus selbstständig; dieselben haben über alle persönlichen und sachlichen Veränderungen in ärztlichen Angelegenheiten an den Gauvorstand Bericht zu erstatten.

Die Wirksamkeit des Gauverbandes wird durch die Gründung des Landesverbandes eingeschränkt; dieselben bilden jetzt eine Zwischeninstanz, die eine vermittelnde Tätigkeit zwischen den Bezirksvereinen einerseits und dem Landesverbande andererseits zu entfalten haben.

In kleineren Kronländern empfiehlt es sich, die Gauverbände ganz wegzulassen.



Der Landesverband hat die Zentralstelle der wirtschaftlichen Organisation für das Kronland zu bilden.

Er hat die ärztlichen Interessen in jeder Beziehung zu wahren und zu vertreten und alles zu veranlassen, was geeignet ist, die Lage der Ärzte zu verbessern. Er bildet den Mittelpunkt, an welchem sich jeder Arzt, jeder Bezirksverein, jeder Gauverband jederzeit Rat erholen kann. In allen Fragen von allgemeiner Bedeutung hat der Landesverband allgemein gültige Grundsätze zu beschließen. Sollen aber diese Beschlüsse des Landesverbandes den praktischen Bedürfnissen entsprechen und allgemein durchführbar sein, so dürfen sie nicht nach theoretischen Erwägungen am grünen Tische gefaßt sein, sondern nur, nachdem man die Wohlmeinung aller Bezirksvereine und Gauverbände gehört hat. Freudige und exakte Mitarbeit ist hiebei Vorbedingung eines gedeihlichen Zusammenwirkens zwischen Landesverband und den Bezirksvereinen. Der Kontakt muß ein möglichst inniger sein. Wir müssen uns einerseits von jedem Bureaukratismus ferne halten, andererseits aber darauf bestehen, daß im geschäftlichen Verkehre Ordnung gehalten werde und daß alle Anfragen und Schriftstücke rechtzeitig und gründlich erledigt werden.

Die Stärke der wirtschaftlichen Organisation liegt darin, dbß sie sich nie in den Dienst einer politischen Partei begeben darf, sie muß jedem ohne Rücksicht auf nationales, politisches oder religiöses Bekenntnis offen stehen. Jeder Arzt, der die Aufnahmsbedingungen erfüllt, ist ein willkommenes Mitglied und in der Organisation muß der Grundsatz der Gleichwertigkeit und Gleichberechtigung vollständig gewahrt werden.

Die Organisation kann aber auf die Dauer nur dann erfolgreich wirken, wenn sie nicht nur alle Ärzte umfaßt, sondern wenn sie auch allen etwas bieten kann, es muß vor allem alles vermieden werden, was dem einen nützt, auf Kosten des anderen, sondern es muß in jedem Falle der Mittelweg eingeschlagen werden, der alle befriedigt. Die Gegensätze, welche im Ärztestande herrschen, müssen überbrückt werden und dieser Gegensätze gibt es ja genug, so zwischen praktischen Ärzten und Spezialärzten — Stadt- und Landärzten — Kassenärzten und Nichtkassenärzten, insbesondere aber der große Gegensatz, der allen Berufsständen gemeinsam ist, zwischen Besitzenden und Besitzlosen oder, was in vielen Fällen gleichbedeutend ist, zwischen dem Alter und der Jugend.

Sie wissen, daß wir in der Kassenfrage die Ausgleichung dieser Gegensätze in der bedingt freien Arztwahl sehen. Wir stehen aber in bezug auf die freie Arztwahl auf dem Standpunkte, daß dieselbe nur bei Wahrung der berechtigten Interessen der bisherigen Inhaber der Kassenstellen eingeführt werden kann und nur dann, wenn die beteiligten Ärzte mit der Einführung einverstanden sind. Es liegt uns, wie überhaupt, so insbesondere in dieser Frage vollständig ferne, einen Zwang auf die Ärzte auszuüben.

Die wirtschaftliche Organisation soll den Sammelpunkt aller Ärzte bilden; sie kann hiebei auf keine Ärztegruppe verzichten. Daher begrüße ich es mit großer Freude, daß heute Vertreter der Universität in unserer Mitte weilen. Wir haben das lebhafte Interesse, die Universitätslehrer für unsere Sache zu gewinnen. Je gründlicher die Ausbildung der Ärzte an der Universität, desto besser die Leistungen, desto größer auch der Respekt und die Achtung vor der ärztlichen Arbeit; aber auch den Professoren muß gewiß daran gelegen sein, daß der Ärztestand in seinem Ansehen erhalten bleibe. Ich hoffe daher, daß die Professoren sich in dieser Frage als Ärzte fühlen und bereit sind, mit uns praktischen Ärzten zusammen zu arbeiten, in einer Frage, bei welcher es sich um die zukünftige Entwicklung des Ärztestandes handelt, und ich lade Sie daher ein, unserer Organisation beizutreten. Die Universitätslehrer können uns aber auch behilflich sein, den ärztlichen Nachwuchs zu sozialärztlichem Denken zu erziehen, indem sie in ihren Vorlesungen dem Gebiete der sozialen Medizin mehr Aufmerksamkeit schenken als bisher. Der Beitritt der Professoren zur wirtschaftlichen Organisation wird aber nicht nur uns praktischen Ärzten eine große Befriedigung gewähren, sondern auch nach außen den besten Eindruck machen, indem dadurch auch dem ferner stehenden der Beweis geliefert wird, daß uns bei unseren Bestrebungen nicht nur materielle Interessen leiten, sondern daß wir auch bemüht sind, den Ärztestand sittlich zu heben und sein Ansehen zu mehren.

Mit großer Freude haben wir es begrüßt, daß die tschechischen Kollegen Prags und Böhmens unserer Einladung Folge geleistet und als unsere Gäste zur Versammlung erschienen sind.

Wir haben den sehnlichen Wunsch, auf dem Gebiete der wirtschaftlichen Organisation mit ihnen gemeinsam zu arbeiten, und bitten Sie, die vorbereitenden Schritte möglichst rasch zu erledigen und bald dem Beispiele, das wir Ihnen gegeben, zu folgen.

Es wird gewiß überall den besten Eindruck machen und die Werbekraft des Organisationsgedankens erhöhen, wenn man erfahren wird, daß sich in Böhmen die beiden feindlichen Brüder auf dem Gebiete der gewerkschaftlich organisierten Selbsthilfe geeinigt haben. (Schluß folgt.)

V. Aus der Praxis.

Die Beseitigung der roten Muttermale. Nachdem alle bisherigen Behandlungsmethoden die so häßlichen und entstellenden roten Muttermale entweder überhaupt nicht beseitigen konnten oder womöglich noch entstellendere Narben erzeugten, ist es neuerdings Professor Kromayer in Berlin gelungen, mit dem Quecksilberlicht der Quarzwasserlampe bei mancher Form von Muttermalen überraschende Heilresultate zu erzielen. In manchen Fällen wurden die roten Stellen nach einigen Bestrahlungen vollkommen weiß und die Male verschwanden für immer, in anderen Fällen versagte das Verfahren oder es traten Rückfälle ein. Nicht alle Mäler sind demnach für das Verfahren geeignet, günstig vielmehr nur solche, bei welchen die Erweiterung die Gefäße unter der Haut betrifft und bei welchen nur die kleinsten Äderchen betroffen werden; wenn aber auch die großen Adern und Venen beteiligt sind, dann ist vorläufig gar kein Erfolg von der Lichtmethode zu erhoffen.

Vorbeugungsmittel gegen Furunkel. Ein russischer Arzt A. Vikentiev empfiehlt, um die Furunkel zur Zerteilung zu bringen, sie mit unserem Seifenspiritus (aus Kaliseife) einzuschmieren, dann mit Spiritus dilutus zu waschen und mit einem Wattebausch, gleichfalls mit Spiritus getränkt, zu bedecken, bis er getrocknet ist. Dann wird nochmals mit Seifenspiritus eingeschmiert und der beim Verdunsten zurückbleibende Seifenüberzug sitzen gelassen. In den meisten Fällen zerteilt sich der Schwär, und tut er es nicht, so wird jedenfalls der Eiterherd ganz innerlich eingeengt und die Heilung erleichtert, keinesfalls bringt die Behandlung Schaden.

„Über die Pflege des Äußeren“ schreibt Dr. S. M. Fridecky: Jedes Volk wendet mit dem Fortschreiten der Kultur der Pflege des Äußeren mehr Aufmersamkeit zu; ja man kann den Grundsatz aufstellen, daß die Pflege des Äußeren ein Grundmesser der Kultur ist. Umsomehr ist es zu begrüßen, daß sich die Medizin diesem lang vernachlässigten Gebiete zuwendet. Als erster Satz der Kosmetik gilt folgendes:

Die Grundlage wahrer Schönheit ist die Gesundheit; ohne Gesundheit keine Schönheit. Beginnen wir mit der Pflege der Haut, insbesondere der Gesichtshaut. Die Pflege der Haut hat vor allem den Gesetzen der Reinlichkeit zu genügen. Die auf der Haut abgelagerten Staub- und Schmutzteile, gemischt mit den Sekreten und den abgestoßenen oberflächlichen Hornzellen müssen entfernt werden. Dadurch erhält man die normale Funktion der Körperoberfläche. Die Poren der Drüsenöffnungen bleiben frei, die Sekrete können unbehindert austreten, die Blutzirkulation geht ohne Störung vor sich. Für letzteres Moment ist aber auch noch von Wichtigkeit, daß die Haut einerseits nicht zu häufig schroffem Temperaturwechsel ausgesetzt, andererseits wieder nicht verweichlicht



wird. Die Anwendung warmen Wassers zur regelmäßigen Reinigung der normalen Haut, besonders der der äußeren Luft schutzlos ausgesetzten Teile derselben, wie das sorgsame Vermeiden jeglichen mechanischen Hautreizes sind nur geeignet, die Haut überempfindlich zu machen. Die bloßgetragenen Körperteile sollen in der Regel mit stubenwarmem Wasser gewaschen und nach dem Waschen frottiert werden.

Wie oft soll man das Gesicht nun waschen. Diese Frage beantwortet sich je nach der Konstitution verschieden, oder besser gesagt, je nach der größeren oder geringeren Fettabsonderung der Haut. Eine Gesichtshaut, welche sehr bald fettig glänzt, oder welche unter starker Mitesserbildung leidet, wird ein häufiges Waschen mit guter Seife, worunter uns die oft empfohlene Antwolseife als beste erscheint, nicht nur sehr gut vertragen können, es wird ihr sogar dienlich sein. Anders aber, wenn die Haut nicht zu reich an Fett ist, dann empfiehlt sich der Gebrauch von Antwolseife in größeren Zwischenräumen, dagegen aber ein regelmäßiges Waschen mit Antwol-Teintwasser. Dasselbe beseitigt auch durch seine wunderbare Eigenschaft Sommersprossen, Flechten. Man befeuchte abends vor dem Schlafengehen den Teint mit Antwol und wiederhole dies früh morgens, erst dann wäscht man sich mit reinem Wasser und, unter Beobachtung des vorangehenden, mit Antwolseife. Hierauf empfiehlt es sich, die Haut mit Antwolpuder einzupudern, um sie vor den Wirkungen rauher Witterung zu schützen. Auch in der Kinderpraxis haben sich die betreffenden Präparate bewährt.

Die rosige Farbe und der Glanz der Fingernägel gelten mit Recht als besonderer Vorzug einer schön gepflegten Hand. Als das einfachste Mittel, die Nägel recht glatt und rosig zu machen, gilt Zitronensaft. Dieser hat aber die schlechte Nebenwirkung, daß er die umgebende Haut, zumal den Nagelansatz, austrocknet und runzelt, wodurch die kleinen Schrunden und schmerzhaften Einrisse entstehen. Diese Behandlungsart ist also zu vermeiden. Dagegen empfiehlt es sich, die Fingernägel mit einem Hauch Antwolseife, Antwolpuder oder Antwol flüssig zu bedecken, mit einem Lederläppchen zu verreiben, und so die Fingernägel zu polieren. Nicht minder wichtig als eine aufmerksame Hautpflege ist eine rationelle Zahnpflege. Wir dürfen nicht müde werden, das große Publikum immer und immer wieder von neuem daran zu erinnern, daß die Zahnpflege nicht nur ein Gebot der Kosmetik ist, sondern auch vor allem ein Gebot der Hygiene. Schlechte Zähne haben ein schlechtes Kauen der Speise zur Folge, dieses wiederum eine ungenügende Ausnützung der in der Nahrung enthaltenen Nährstoffe und Magenkatarrhe, die durch die erschwerte Verdauung hervorgerufen werden. Überdies sind die durch die Karies ausgehöhlten Zahnkronen wahre Brutstätten für allerlei pathogene Bakterien. Dabei kann man es als sicher annehmen, daß über 70% der Bevölkerung zahnkrank sind. Es ist daher einfach Pflicht, ein Präparat anzuempfehlen, das wie die Antwol-Zahnkreme bei fleißigem Gebrauch den Ausbruch von Zahnkrankheiten verhütet.

Man bringt die Antwol-Zahnkreme aus der Tube auf eine vorher in lauwarmem Wasser angefeuchtete Zahnbürste und bürste mit dieser, ohne ein Bluten des Zahnfleisches zu verursachen, die Zähne nicht nur in der Richtung von links nach rechts, sondern auch von unten nach oben, sowie die Innenseiten.

Mit Antwol-Zahnkreme können sich alle anderen Zahnkremen nicht messen, die meisten den Anpreisungen nicht entsprechen. T. C.

VI. Notizen.

Die Bewegung unter den Spitalhilfsärzten. Eine Deputation von Hilfsärzten der Wiener Krankenanstalten unter der Führung des Obmannes des Vereins der Spitalhilfsärzte, Dr. Ludwig Kirchmayr, sprach vor kurzem beim Statthaltereireferenten Oskar R. v. Keller vor, um die Erledigung des vor zwei Monaten überreichten Memorandums zu urgieren. Statthaltereirat R. v. Keller eröffnete der Deputation, daß die bezüglichen Anträge der Statthalterei bereits

vorliegen und dem Ministerium des Innern zur endgültigen Entscheidung übermittelt wurden. Die auf Besserstellung der Hilfsärzte abzielenden Anträge seien, allerdings unter Bedachtnahme auf die Lage des Krankenanstaltsfonds, so weitgehend, als es möglich war, gehalten. Insbesondere wurden wegen des Postulats der Hilfsärzte betreffend die Schaffung einer geeigneten Unfall- und Haftpflichtversicherung unter der Ägide der Statthalterei Verhandlungen mit verschiedenen Versicherungsanstalten gepflogen. Demnächst wird das Ministerium auch in diesem Punkte definitiv entscheiden. Überhaupt dürften jene Punkte der Ärzteforderungen, die sich als gerechtfertigt darstellen, tunlichst Berücksichtigung finden. Der Deputation wurde schließlich eröffnet, daß die einzelnen Details der Anträge zwar noch nicht mitgeteilt werden könnten, daß jedoch die ministerielle Entscheidung baldigst erfolgen werde. Die Hilfsärzte nahmen die vorstehenden Mitteilungen zur Kenntnis und begaben sich ins Ministerium des Innern, wo sie mit den Fachreferenten in derselben Angelegenheit konferierten. Hiezu wird mitgeteilt, daß die Bewegung unter den Hilfsärzten, wie es den Anschein hat, in allernächster Zeit neuerdings in ein akutes Stadium treten wird. Die beiden Hilfsärztevereine dürften in der Frage der anzustrebenden Verbesserungen solidarisch vorgehen. Auch die weiblichen Hilfsärzte haben sich der Aktion angeschlossen. Das Memorandum, welches Gegenstand der Entscheidung bilden wird, besteht aus vier Punkten, in denen die Notwendigkeit einer Gehaltserhöhung der Assistenten und Sekundarärzte auf 2400 resp. 1800 K, eine Verlängerung der Normal- und Krankheitsurlaube, die Vermehrung der Sekundararztesstellen und die Regelung der Haftpflicht sowie der Unfallversicherung erörtert wurden. Nächste Woche dürfte eine Versammlung der Hilfsärzte stattfinden, in welcher endgültige Beschlüsse bezüglich weiterer Verhaltungsmaßnahmen gefaßt werden sollen.

Der 24. Kongreß für innere Medizin findet vom 15. bis 18. April 1907 unter dem Vorsitze des Geheimrats v. Leyden in Wiesbaden statt. Am ersten Sitzungstage, Montag, den 15. April, soll folgendes Referatthema zur Verhandlung kommen: Neuralgien und ihre Behandlung; Referent: Herr Schultze, Bonn. Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr Huismans, Köln: Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tay-Sachsschen familiären amaurotischen Idiotie; Herr v. Jaksch, Prag: Über chronische Mangantoxikosen; Herr Treupel, Frankfurt a. M.: Der gegenwärtige Stand der Lehre der Perkussion des Herzens; Herr Franze, Bad Nauheim: Demonstration einer durchsichtigen Zeichenebene für Orthographie; Herr C. Hirsch, Leipzig, und W. Spalteholz, Leipzig: Koronarkreislauf und Herzmuskel, anatomische und experimentelle Untersuchungen; Herr Ed. Müller, Breslau, und Herr Jochmann, Berlin: Demonstration einer einfachen Methode zum Nachweise proteolytischer Fermentwirkungen.

— Wie wir erfahren, besteht in dem drittgrößten Wiener Krankenhause, dem Kaiser Franz Josef-Spital, gegenwärtig ein derartiger Mangel an Hilfsärzten, daß für die neu eintretenden Ärzte die besten Avancementschancen bestehen.

Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1906 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—;** nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—.**

Medizinischer Zeitungsverlag
Telephon 22152. **Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.**



Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor
Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
o. ö. Universitätsprofessor **Dr. J. Nevinny** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 14. Wien, 6. April 1907. Nr. 14.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Zur Pathogenese des Kropfasthmas.

Von **Dr. Ludwig Hofbauer**, Wien.

Unter dem Titel des Kropfasthmas subsumiert man all die ätiologisch dunklen Fälle von Atemnot bei Kropfkranken, deren Untersuchung keine anatomische Erklärung für das Zustandekommen dieser Erstickungsanfälle finden läßt. Daß bei Kompression der Luftröhre durch den Kropf es zu dauernder oder attackenweise in Erscheinung tretender Kurzatmigkeit kommt, kann nicht Verwunderung hervorrufen.

Diejenigen Fälle jedoch, bei denen man bei der Untersuchung des Patienten, ja sogar bei der Sektion, trotz dahin gerichteter Aufmerksamkeit keine Ursache für die Atemnot finden kann, als deren Folge eventuell sogar der Tod eintreten kann, bezeichnet man als Kropfasthma (respektive den hiedurch veranlaßten Tod als Kropftod.)

In Ermanglung eines anatomischen Substrates supponierte man als Ursache eine Funktionsstörung nervöser Natur. „Lücke und Störk nahmen den Druck eines Kropfknotens auf den Vagus als Ursache des Asthmas an. Während jedoch Lücke sich in keine weitere Erklärung über die Entstehung des Asthmaanfalles einläßt, versuchte Störk eine solche zu geben. Er meinte, daß das Asthma durch einen Druck, welchen die Kropfgeschwulst auf die Nervi recurrentes ausübt, hervorgerufen wird. Dieser Druck soll nach diesem Autor eine Art Subparesis der beiden Musculi crico-arytaeroidei laterales bewirken."

Wie Schnitzler nun nachwies, ist diese Supposition unhaltbar; ebensowenig konnte sich die von diesem Autor befürwortete Anschauung, es handle sich um „einen Krampf der Verengerer der Glottis, oder noch wahrscheinlicher um einen Krampf der kleinen und kleinsten Bronchien", Geltung verschaffen.

So ist denn bis in die jüngste Zeit hinein das Kropfasthma ein ätiologisch dunkles Kapitel der Pathologie geblieben; nun läßt sich aber das Verständnis für die Atmungsalterationen bei Kropfkranken durch die Erfahrungen der letzten Zeit wohl anbahnen.

Schon vor drei Jahren konnte ich in einer Mitteilung (Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie, Band XI) darauf hinweisen, daß beim Morbus Basedowii sich in allen Fällen eine Störung der Atmung nachweisen lasse, welche als durch die Vergiftung mit Schilddrüsensaft hervorgerufen, anzusehen sei. Seither konnte ich für alle mir zur Verfügung stehenden Fälle die Richtigkeit dieser Annahme durch graphische Aufnahme der Atembewegungen, an der Hand der so gewonnenen Atemkurven nachweisen und eine dieser Kurven auf dem vorjährigen Kongreß für innere Medizin anläßlich meines Vortrages über: „Nervöse Tachypnoe" im Original demonstrieren. Von diesen Atemstörungen, welche sich beim Morbus Basedowii finden, interessiert uns heute hauptsächlich das bei dieser Krankheit oftmals sich geltend machende Sistieren der Atmung für längere Zeit. Die Atemkurve zeigt dann entsprechend lange geradlinigen Verlauf, wie dies an den zwei Kurven (Fig. 1 u. 2) zu sehen ist.

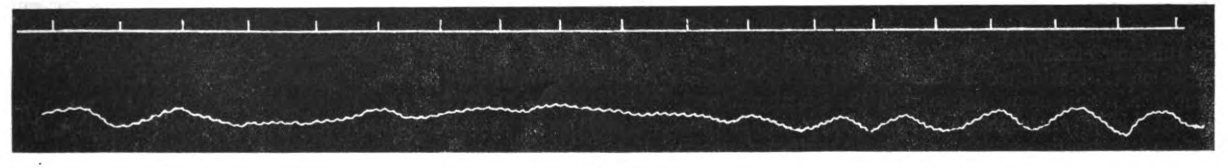


Fig. 1.
Atemkurve eines Falles von M. Basedowii; ↓ = inspiratorischer, ↑ = exspiratorischer Kurvenschenkel. Zeitmarken = Zweisekunden.

Dieselben zeigen, daß die Atembewegungen für einige Sekunden vollkommen sistieren, um nachher ohne weiteres wieder anzufangen. Daß diese Störungen der Atmung ohne weiteres zu dem in Rede stehenden Kropfasthma hinüber führen, erweist ein von mir im letzten Jahre gesehener Fall von M. Basedowii.

Ich wurde von dem Gynäkologen Kollegen Dr. O. Pollak ad consilium zu einem Fall gerufen, bei dem sich im Verlaufe der Geburt, bei einer bis dahin für gesund gehaltenen Frau, plötzlich und unvermittelt ein Atmungsstillstand einstellte, der fast eine ganze Minute dauerte. Während dieser Zeit war die Patientin nicht bei sich, doch ging der Puls beschleunigt aber regelmäßig auch während dieser Zeit weiter. Es wurde künstliche Atmung eingeleitet, und alsbald stellte sich spontane Atmung wieder ein. Bei der nachfolgenden Untersuchung nun konnte ich ohne weiteres zeigen, daß es sich in diesem Falle um einen M. Basedowii handle, und trotzdem seither subjektiv keinerlei Störungen von seiten der Atmung, außer manchmal auftretender Kurzatmigkeit angegeben wurden, zeigte die Frau auch nachher noch streckenweise auftretenden Atmungsstillstand. Es zeigt dies klar genug die von ihr nachträglich aufgenommene Atemkurve. (Fig. 3.)

Daß die beim M. Basedowii und die beim Kropftod in Erscheinung tretenden Atemstörungen mit Recht auf eine pathologisch veränderte innere Sekretion der Schilddrüse bezogen werden dürfen, dafür gibt einen genügenden Beweis eine Erfahrung, welche Fenyvessy anläßlich einer experimentellen Prüfung der Wirkung der Schilddrüsenpräparate auf Atmung und Kreislauf zu erheben Gelegenheit hatte. Bei einem kleinen Kaninchen von 900 *g* Körpergewicht stellte sich nach Einverleibung von 2 cm^3 Schilddrüsensaft (Merckˈsches Thyreoidin) eine zunehmende Abflachung der Atmung und bald darauf Stillstand derselben ein. Dabei blieb die Zirkulation unverändert und nachdem eine Zeitlang das Tier künstlich geatmet worden war, kam es wieder zu spontanen Atembewegungen, worauf sich ein zweiter, diesmal tödlicher Respirationsstillstand einstellte.

Fig. 3.

Atemkurve eines Falles von M. Basedowii, derzeit ohne Atembeschwerden; ↓ = inspiratorischer, ↑ = exspiratorischer Kurvenschenkel. Zeitmarken entsprechen Zweisekunden.

Solche Erfahrungen berechtigen sicherlich zu der Annahme, in denjenigen Fällen von Kropfasthma respektive Kropftod, deren anatomische Untersuchung keinen Grund für die Atemstörung finden läßt, auf eine Vergiftung mit Schilddrüsenproduktion als Ursache der letzteren zu rekurrieren.

Diese Auffassung könnte nun nicht bloß rein theoretisch förderlich sein, sondern vielleicht auch praktisches Interesse gewinnen. Während man bislang dem Kropfasthma und Kropftod hilflos gegenüberstand, sollte man im Sinne der bei der Behandlung des M. Basedowii gewonnenen Erfahrungen eine Beeinflussung des Kropfasthmas mittels organotherapeutischer Präparate (resp. im Sinne der neuesten Erfahrungen mit Röntgenstrahlen) versuchen.

Weiterhin wäre die Frage zu beantworten, wie wir uns denn die Einwirkung des Schilddrüsensekretes auf die Atmung vorzustellen haben. Auch dafür geben uns die bisher bekannt gewordenen und experimentellen Tatsachen einen Hinweis. Schon Fenyvessy hatte mit Wahrscheinlichkeit deduziert, daß im Zentralnervensystem der Angriffspunkt des in vermehrten Mengen kreisenden Schilddrüsengiftes zu suchen sei. Zu dieser Vermutung berechtigte ihn die Erfahrung, daß die von ihm beobachtete „primäre Änderung der Atmung" (so bezeichnete er die in einer Reihe von Versuchen unmittelbar nach der Einspritzung des Schilddrüsensaftes auftretende, kurzdauernde Periode der Beschleunigung und Abflachung der Atembewegungen, im Gegensatze zu der „sekundären Wirkung", welche, insbesonders bei Verwendung von Extract. thyroideae, meistens der primären folgte, und durch eine länger dauernde Periode geringfügiger Vertiefung und Beschleunigung der Atmung sich charakterisierte) entfiel, wenn die Vagi vorher durchschnitten wurden. Es handle sich daher um einen Reflex auf die Atmung, der auf dem Wege der rami trachiales und pulmonales der Brustvagi vermittelt werde.

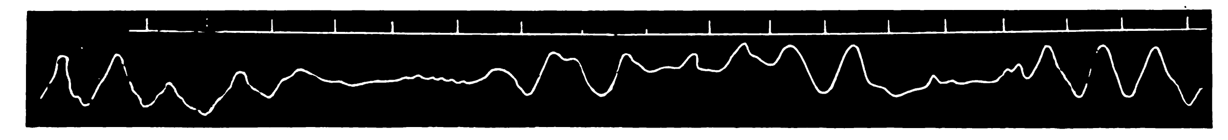


Fig. 2.

Atemkurve eines Falles von M. Basedowii mit Atembeschwerden; ↓ = inspiratorischer, ↑ = exspiratorischer Kurvenschenkel. Die Zeitmarken bedeuten Zweisekunden-Intervalle.

Zugunsten dieser Anschauung spricht der Umstand, daß sich bei Erkrankungen des Zerebrums manchesmal ganz ähnliche Erscheinungen wie die eben geschilderten finden. Es bestehen in der Literatur bereits mehrfache Angaben über Atmungsstillstand bei erhaltener Zirkulation, welcher beim Tumor cerebelli sich manchmal einstellt und ich selbst konnte einen solchen Fall vor mehreren Jahren schon mitteilen (in der „Semiologie der Kurzatmigkeit"..., Fischer, Jena 1904).

Ebenso ergab sich bei graphischer Untersuchung der Atembewegungen für eine ganze Reihe von Fällen von Meningitis, daß auch bei dieser Krankheit sich manchmal länger dauernder Atemstillstand bei erhaltener Zirkulation einstellt, auf welchen dann wieder normale Atemzüge folgen.

Die oftmals zu beobachtende Atemnot bei Kropfkranken, deren Untersuchung keine Komplikation als Ursache dieser Beschwerden (im Sinne einer Trachealstenose oder von kardialen Veränderungen) finden läßt, erklärt sich als Folge der geänderten Sekretion der abnormen Glandula thyreoidea. Sie stellt eine Manifestation der geänderten inneren Sekretion dieser Drüse dar; daher empfiehlt sich eine organotherapeutische Behandlung hier in gleicher Weise, wie dies beim M. Basedowii schon seit langem geschieht.

Die bisherigen Erfolge meiner unblutigen Behandlung des Krebses und die „Autoritäten".

Von Prof. Dr. **Albert Adamkiewicz**.

(Fortsetzung.)

Ein Erlebnis aus der letzten Zeit wird die unschwere Beantwortung dieser Frage noch mehr erleichtern.

Ende November v. J. wurde ich zu einer Dame in Mähren (Frau S. in D., 52 Jahre alt) berufen, die an einem von der Gebärmutter ausgehenden Krebs des kleinen Beckens litt. Ihr

Zustand war ein trostloser. Die Leistendrüsen waren beiderseits verdickt, das linke Bein beträchtlich angeschwollen, beide Brustfelle und der Herzbeutel angegriffen. Blase und Mastdarm in ihrer Funktion beeinträchtigt.

Die Kranke stöhnte und wimmerte unausgesetzt, konnte sich weder bewegen noch in irgend einer Lage einige Zeit verharren und mußte fortwährend Morphium erhalten, um nur einigermaßen Ruhe zu finden.

Mit Beginn der Kankroin-Injektionen verkleinerte sich der Tumor im Becken, verschwand die Infiltration der Inguinaldrüsen, wurde das Morphium nahezu überflüssig, begannen Blase und Mastdarm von selbst zu funktionieren, wurde die Kranke sogar fähig, mit einiger Unterstützung im Zimmer umherzugehen.

Die Verblüffung des behandelnden Arztes (K. R. Dr. E.) über diesen ganz unerwarteten Erfolg, da er nach der von den „Autoritäten“ ausgegebenen Parole meine Methode als einen „überwundenen Standpunkt“ gehalten und sich gegen deren Anwendung erklärt hatte, wurde nur noch von der Entrüstung der Kranken und ihrer Familie überboten, die sich als hintergangen betrachtete — von allen denen, deren Schuld es offenbar war, daß sie von meiner Methode nichts oder nur erlogenes wußten.

Inzwischen ist der Gemahl der Kranken, ein Bild strotzender Gesundheit, der es so tief bedauerte, daß meine Hilfe bei seiner von den „Autoritäten“ verratenen, von den Ärzten aufgegebenen Frau vielleicht zu spät komme — gestorben, während seine Frau (dank dem Kankroin) lebt und die Parte ihres Mannes versendet.

Wie viel Unglückliche mag es geben, die sich in ähnlicher Lage befinden und denen das Kankroin noch Hilfe bringen könnte, wie der Frau S., wenn sie von seiner Existenz überhaupt etwas wüßten!

Wie groß muß anderseits die Macht des Guten sein, wenn seine Wirkungen wie die Flammen eines unverlöschbaren Herdes durch all' den Schutt immer wieder schlagen, welchen eine über den Köpfen der Menschheit ihr Unwesen treibende finstere Macht in blinder Zerstörungswut über sie aufhäuft!

Denn kaum vergeht ein Tag, da nicht die stillen, aber rührenden Beweise der Anerkennnung und der Dankbarkeit von Kranken und Ärzten den Weg durch die Kette finden, mit welcher eine Rotte bübischer Frevler meine Sache, die die Sache der Menschheit ist, abzusperren und zugrunde zu richten krampfhaft sich abmüht.

Ich will nur einige solcher Beweise aus einer kurzen Periode der letzten Zeit hier anführen.

Am 12. August 1906 schrieb mir Herr Dr. O. aus Trembowla (Galizien): „Die Blutungen aus der kranken Gebärmutter haben nach den Kankroin-Injektionen aufgehört — und der Krebs wird kleiner“.

Am 15. August 1906 teilte mir Herr Dr. V. aus Bekum (Westphalen) mit: „Ich habe in einem Fall von Krebs der Wirbelsäule mit dem Kankroin auffällige Erfolge erzielt. Die subjektiven wie die objektiven Erscheinungen haben sich auffällig gebessert.“

Am 21. August 1906 sandte mir Herr Gemeindearzt R. aus Alberschwende die erfreuliche Nachricht: „Vor der Kankroinkur war die Patientin so schlecht, daß sie mit aller Anstrengung kaum einige Schritte gehen konnte. Jetzt, nach kurzer Kur mit dem Kankroin, ist sie wieder imstande, im Felde zu spazieren“.

Am 7. September 1906 berichtet Herr Dr. K. aus Kappel-Rodeck (Baden): „Die Schlundbeschwerden sind vollkommen verschwunden. Schmerzen sind momentan wenig vorhanden“.

Am 18. August 1906 erhielt ich folgendes Schreiben:

Brünn (Ferdinandstraße 16).

„Hochgeehrter Herr Professor!

Anläßlich meiner Herstellung von einem schweren Mastdarmleiden, das die ersten Professoren nur auf operativem Wege heilen zu können glaubten und das E. H. in wenigen Wochen mittels Ihrer glänzenden Methode ohne Operation gänzlich geheilt haben, kann ich nicht umhin, Ihnen, hochgeehrter Herr Professor, für Ihre so wirksame und uneigennützige Behandlung meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen. Möge es Ihnen gelingen, alle jene Unglücklichen, die mit gleichem Leiden behaftet sind, aber anderweitig keine Hilfe finden, mittels Ihrer Methode zu heilen — zum Heil der leidenden Menschheit und zu Ihrem wohlverdienten Ruhme. Seien Sie meiner immerwährenden Dankbarkeit versichert, die ich stets durch Wort und Tat zu beweisen Gelegenheit nehmen werde. J. Donath.“

Ich habe vorstehendes Schreiben aus mehrfachen Gründen ausführlich mitgeteilt.

Es gestattet einen Blick in die Seele des Kranken und erteilt das Wort dem meist beteiligten Faktor, der mit Unrecht gewöhnlich ganz überhört wird.

Das Karzinom war in vorstehendem Fall durch den klinischen Verlauf durch mehrere Chirurgen (Prof. Gersuny) diagnostiziert und, obgleich dringendst zur Operation als „einzigem Rettungsmittel“ empfohlen, ohne Operation durch das Kankroin in kürzester Zeit geheilt worden.

Ferner ist der von mir im März 1906 behandelte und geheilte Kranke im Oktober 1906 von chirurgischer Seite untersucht und vollkommen frei von Krebs gefunden worden. — Der Kranke lebt noch heute (März 1907) und ist gesund.

Und endlich teilte mir Herr Dr. Julius Donath, der Sohn des Kranken, der selbst Arzt (in Wien) ist, mit, die Berl. klin. Wochenschrift, die Münchener klin. Wochenschrift und die Deutsche med. Wochenschrift hätten die so überaus wichtige, von ihm selbst verfaßte Kranken- und Heilungsgeschichte seines Vaters zu veröffentlichen verweigert und damit die vornehmste Journalistenpflicht verletzt, der Wahrheit, dem wissenschaftlichen Fortschritt und der Allgemeinheit zu dienen.

Daß die gewisse Presse nicht nur die Wahrheit in meiner Sache unterdrückt, sondern über sie noch Unwahres verbreitet, habe ich längst bewiesen und als ein Verbrechen an der Wissenschaft und an der Menschheit bezeichnet.[1])

Die hier mitgeteilten ärztlichen Erfolge mit dem Kankroin bilden übrigens nur einige der letzten Glieder einer sehr großen Reihe in meinen Arbeiten ausführlich mitgeteilter Berichte, die ich der Übersicht wegen und für den Welt- und Menschenkenner als belehrenden Beitrag zur Geschichte der Medizin und der Kultur zivilisierter Staaten des XX. Jahrhunderts in umstehendem Verzeichnis tabellarisch zusammengestellt habe.

Günstige Erfolge mit dem Kankroin, über die sich Berichte in meinen Händen befinden, haben unter anderen auch erhalten die Herren Ärzte: Dr. Athanasulis, Piräus, Dr. Bauer, Neuchatel, Dr. Bonsby, Poitiers, Dr. Bruch, Mainz, Dr. Chedzinski, Paris, Dr. Cholodiloff, Eltz-Orel, Dr. Debor, Verviers, Dr. Falke, Senftenberg, Dr. Feld, Berlin, Dr. Gavea, Steyr, Dr. Köchlin, Mühlhausen, Dr. Klimaszewski, München, Dr. Lübeck, Dessau, Dr. Montaignac, Condome, Dr. Olpinski, Trembowla, Dr. Roumesteau, Martigny, Dr. Redeuil, Bordeaux, Dr. Roelofs, Arnhem, Dr. Revai, Budapest, Dr. Riedmann, Alberschwenda, Dr. Schlegel, Tübingen, Dr. Sulkowski, Budapest, Dr. Tuchalske, New-York, Dr. Vuro, Athen, Dr. Vosschulte, Bechum, Westf., Dr. Vorbach, Kappel-Rodeck, Baden u. a.

Eigene Publikationen über das mit gutem Erfolge verwandte Kankroin haben veröffentlicht: Dr. Radinger (Wien), Wiener med. Wochenschrift, 1897, Nr. 40; Prof. Kugel (Bukarest), Berl. kl. W., 1902, Nr. 24 und Therap. Monatshefte, 1901, August; Dr. Kretzmer (Rußland), St. Petersburger med. Ztg., 1902, August; Dr. Reboul, Echo médical, Nimes, 1904, Nr. 9; Dr. Allaire, Gaz. med. de Nantes, 1904, 45; Dr. Benoit, Rev. de therap., 1906, 15. Jänner; Dr. J. Donath (Wien), Ärztl. Rundschau, 1906, Nr. 21.

[1]) Der Krebs und die goldene Statue. Wien 1905.



II. Verzeichnis

der Ärzte, die gute Kankroin-Erfolge gesehen haben.

Zahl	Namen der Ärzte	Erkranktes Organ	Literaturangabe (Seite)
1	Dr. Müller-Supinski, Krakau	Unterlippe	U.[1]) 62; H.[2]) 61
2	Dr. Pieniązek, Krakau	Kehlhopf	U. 98
3	Prof. Schnitzler, Wien	„	„ 99
4	Dr. Rutkay, Kecskemet	Halsdrüsen	U. 102; H. 72
5	Dr. Malbrans, Neapel	Thyreoidea	U. 102; H. 73
6	Dr. Obalinski, Krakau	Unterlippe	„ 69
7	Dr. Spitzer, Budapest	Zunge	„ 70
8	Dr. Hirschberg, Frankfurt a. M.	Brustdrüse	„ 71
9	Dr. v. Winnicki, Wien	„	„ 72
10	Prof. Dietl, Wien	„	„ 82
11	Prof. Hahn, Berlin	Magen	„ 83
12	Bezirksart Dr. Kurfürst, Mähr.-Weißkirchen	Leber und Bauchfell	„ 100, 148, 149
13	Dr. Gela, Mähr.-Weißkirchen		
14	Dr. Perlsee, Leitmeritz	Mastdarm	„ 120
15	Dr. Winternitz, Prag	Bauchhöhle	„ 132, 154
16	Dr. Krasa, Prag		
17	Dr. Lengsfeld, Habern		
18	Prof. Rossander, Stockholm	Kankroid am Auge	„ 142
19	Dr. Radinger, Wien	Kankroid der Nase	„ 145
		Gebärmutter	Wr. med. W. 1897, 40
20	Dr. Zwintz, Wien	„	H. 158
21	Dr. Kretzmer, Kurland	Speiseröhre	„ 173, 207
22	Dr. Sutterlin, Schopfheim	Kehlkopf	„ 176
23	Prof. Nothnagel, Wien	Magen	„ 180
24	Prof. Maragliano, Genua		Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche. Aug. 1902

Zahl	Namen der Ärzte	Erkranktes Organ	Literaturangabe (Seite)
25	Dr. Kohn, Lodz	Brustdrüse	H. 182
26	Prof. Kugel, Bukarest	„	„ 184
27	Dr. Dona, Bukarest	„	Berl. klin. W. 1902, Nr. 24; D. A. Z.[3]) 1905, Heft 2
28	Prof. Goldzieher, Budapest	Netzhaut	H. 190
29	Dr. Engelbrecht, Bischweiler	Mastdarm	„ 198
30	Dr. Mantey, Elsterwerda	Gebärmutter	„ 200
31	Prof. Leopold, Dresden	Brustdrüse	„ 204
32	Dr. Stock, Wien	Gebärmutter	„ 216
33	Dr. Häusler, Breslau	Gebärmutter und Blase	„ 217
34	Obersanitätsrat Dr. v. Kusy, Wien	Gebärmutter	„ 218
35	Dr. Berger, Fallersleben	Äußeres Ohr	D. A. Z. 1904, H. 8
36	Dr. Stern, Karlsbad	Mastdarm	„
37	Dr. Bonnard, Tournon. Ardiche	Brustdrüse	„
38	Dr. Gladyszowsky, Tarnopol	„	„
39	Dr. Weinert, Jena	„	D. A. Z. 1905, H. 2
40	Dr. Reboul, Frankreich	„	Echo médical 1904, Nr. 9
41	Dr. Allaire, Frankreich	„	Gaz. med. de Nantes 1904, 45
42	Dr. J. Donath, Wien	Mastdarm	Ä. R.[4]) 1906, 21
43	Prof. Gluck, Berlin	Nasenrachenraum	„ 1906, 30
44	Dr. Benoit, Frankreich	Brustdrüse	Rev. de thérap. 1906, v. 15. Jän.
45	Dr. Bossa, Leibarzt, Lissabon	Magen und andere Organe	Ä. R. 1906, 17
46	Dr. Hilgendorff, Dresden	Magen	D. Ä. Z. 1906, 1

(Schluß folgt.)

II. Referate.

Ein Beitrag zur Frage der Anwendung und des Erfolges des Dysenterie-Heilserums. Von Dr. M. A. Rudnik.

Verfasser, der über den Verlauf von 24 Fällen von Dysenterie berichtet, die er teils mit, teils ohne Serum behandelt hat, faßt seine Schlußsätze wie folgt zusammen:

1. Ruhrfälle leichten Grades heilen in der Regel auch bei Anwendung der bis jetzt allgemein üblichen medikamentösen und diätetischen Maßnahmen.

2. Bei Dysenteriefällen mittleren und schweren Grades, welche durch den Bazillus Shiga-Kruse verursacht sind, empfiehlt sich die Benutzung des antitoxischen Ruhrserums der Wiener Schule. Das Mittel wirkt um so sicherer, je früher dasselbe zur Anwendung gelangt. Es versagt in Fällen von Vergesellschaftung der Ruhr mit Tuberkulose oder einem ähnlichen, mit Aufzehrung der Kräfte des Kranken einhergehenden pathologischen Prozesse.

3. Der Gebrauch des Paltaufschen Dysenterieserums ist ganz ungefährlich und zieht weder örtliche noch allgemeine Störungen irgend welcher Art nach sich.

4. In den meisten Fällen wird man mit einer Einzeldosis von 20 cm^3 auskommen. Verzögert sich der Erfolg, so muß die Dosis wiederholt werden. Bei Kindern unter 10 Jahren kann mit der Serumdosis auf die Hälfte, d. i. 10 cm^3, herabgegangen werden.

5. Ein Vorzug der antitoxischen Heilmethode besteht in der Abkürzung der mittleren Heilungsdauer. Diese ist abhängig einerseits von dem Alter und der Widerstandskraft der Pat., andererseits von der Dauer der Krankheit, so daß in der Regel das kräftigste Alter zwischen 30 und 50 Jahren die relativ kürzeste Behandlungsdauer aufweist. (Wr. klin. Wochenschr. Nr. 51, 1906.)

*

Transitorische Aphasie bei Alkoholdelirien. Von C. F. v. Vleuten.

In einem im psychiatrischen Verein zu Berlin gehaltenen Vortrage berichtete C. F. v. Vleuten über drei im Laufe eines Jahres in Dalldorf beobachtete Fälle von Alkoholdelirium, die sich in mancher Hinsicht vom Delirium tremens unterschieden und sich durch das Hervortreten aphasischer Störungen auszeichneten. Der Beginn ist bei diesen Delirien ein sehr allmählicher; im Verlaufe von Wochen entwickelt sich die aphasische Störung. Auf der Höhe des Deliriums finden sich neben transkortikaler motorischer Aphasie bewegte Halluzinationen des Gesichtes, auch Gehörssinnestäuschungen, gestörte Orientierung. Suggestivhalluzinationen und Augendruckvisionen fehlen, ebenso ist kein Beschäftigungsdelirium vorhanden. Im Urin ist Eiweiß. Ohne kritischen Schlaf, allmählich läßt das Delirium nach, mit ihm die Sprachstörung; nach Ablauf besteht gute Krankheitserinnerung; Krämpfe waren vorangegangen. Weder arteriosklerotische Veränderungen noch apoplektische Insulte oder Lähmungen waren nachweisbar. (Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie, B. 63, H. 6.)

*

Beitrag zur Behandlung des in die freie Bauchhöhle perforierten Magen- und Duodenalulkus. Von Prof. Freiherr v. Eiselsberg.

Über den Wert der Eingriffe wegen Perforation von Magen- und Duodenalgeschwüren in die freie Bauchhöhle sind

[1]) Adamkiewicz, Untersuchungen über den Krebs. Wien, 1893. W. Braumüller.
[2]) Adamkiewicz, Heilung des Krebses. Wien, 1903. W. Braumüller.
[3]) Deutsche Ärzte-Zeitung. Berlin. Prof. Pägel.
[4]) Ärztliche Rundschau. München. Dr. Krüche.

sich heutzutage wohl alle Chirurgen einig; ist doch die Aussicht, daß ein Patient eine solche Perforation spontan überlebt, eine sehr geringe (5%). Ein Blick auf die Kasuistik der durch Operation behandelten Fälle lehrt uns, daß die Operationsresultate wesentlich günstiger sind.

Im allgemeinen schwanken bei den Sammelreferaten hier die günstigen Resultate zwischen 50 und 60%. Ebenso wie darüber eine Einigung erzielt ist, daß möglichst rasch operiert werden soll, so bestehen auch im allgemeinen über die wichtigsten Akte des Eingriffes (Laparotomie in Narkose, Verschluß der Lücke mittels Naht mit oder ohne vorhergegangene Anfrischung, eventuell mittels Netzplombe) kaum nennenswerte Differenzen. Strittig sind noch die Fragen, ob gespült oder gewischt, ob in manchen Fällen einem späteren Rezidiv des Ulkus durch eine totale Exzision oder Gastroenterostomie am besten vorgebeugt werden soll, ferner die Frage der Tamponade, Drainage und endlich der Nachbehandlung.

Im allgemeinen bestätigt E.'s Beobachtung die bekannte Erfahrung, daß die frühzeitig ausgeführte Operation gute Resultate ergibt. Es soll — wie bereits erwähnt — hier weder über die Symptomatologie noch über die Komplikationen im weiteren Verlauf gesprochen werden, und E. kann dies um so leichter unterlassen, als in dieser Beziehung seine Erfahrungen neue Gesichtspunkte nicht ergeben haben. Nur auf einen Punkt der Nachbehandlung mittels einer Ernährungsfistel (Jejunostomie) sei hier näher eingegangen. Darin wich E. von den meisten Chirurgen ab, insofern, als siebenmal nach Übernährung des Loches noch eine Ernährungsfistel nach dem von Witzel für die Gastrostomie angegebenen Prinzipe im obersten Jejunum angelegt wurde.

Von verschiedenen Autoren wird übrigens darauf hingewiesen, wie wünschenswert es sei, den durch die Perforationsperitonitis so schwer geschädigten Kranken, der in der Regel während der ersten Tage doch nicht ausreichend vom Munde her ernährt werden kann, zu kräftigen. Zu diesem Behufe sind auch schon von anderen Autoren Jejunostomiefisteln angelegt worden.

E. betrachtet die Wirkung der Jejunostomie, welche den Magen vollkommen ruhig läßt und dabei doch dem Patienten ausreichende Nahrung zuführt, als eine mittels eines operativen Eingriffes erzielte Leubesche Kur. Die Jejunostomie nach dem Witzelschen Prinzipe läßt sich sehr rasch ausführen, in den Fällen, wo wegen Perforationsperitonitis das Abdomen weit geöffnet ist, bedeutet ihre Anlegung kaum eine Verzögerung der Operation um fünf Minuten. Durch die Fistel kann noch am Operationstische dem Patienten Nahrung eingeflößt werden. Diese Zufuhr von Nahrung, eventuell von Medikamenten, wird dann jede zwei Stunden wiederholt.

Sobald man die Jejunostomiefistel nicht mehr benötigt, genügt das Weglassen des Katheters zur spontanen Heilung der Fistel. E. möchte daher auf Grund seiner Erfahrung die Ausführung der Jejunostomie nach erfolgter Versorgung der Perforationslücke als einen technischen Behelf bezeichnen, der die Aussicht, daß der Patient die schwere Infektion und den Eingriff gut übersteht, etwas zu erhöhen scheint. Daß wir daneben den Wert der reichlichen Spülung des Peritoneums sowie die subkutan als auch intravenös applizierte Kochsalzlösung hoch anschlagen, sei hier betont.

Kurz sei noch die Versorgung der Wunde erwähnt. E. hat in den meisten Fällen einen Vioformgaze- (in letzter Zeit Isoformgaze-) Streifen oder Docht und noch einige Male daneben Drains eingeführt.

Jedenfalls empfiehlt E. bei der diffusen Peritonitis das Einlegen von Tampons, und zwar am besten in Gestalt der Dochte (nach Gersuny), doch näht E. selbst bei ausgedehnter Peritonitis immer den größten Teil der Laparotomiewunde dicht und leitet eben diesen Docht, bezw. das Drain, zu einer oder beiden Wundwinkeln heraus. Dadurch wird auch am besten der Entwicklung großer Bauchbrüche vorgebeugt, die besonders, wenn es sich um seitliche Inzizionen handelt, der Radikaloperation große Schwierigkeit entgegenstellen können. Schließt die Drainage dadurch nicht gesichert, so werden noch durch seitlich angelegte kleine Bauchdeckenschnitte Tampons, eventuell Drains herangeleitet. Gerade die Gersuny-Dochte ermöglichen ein allmähliches Entfernen der Tampons, ohne daß dabei der Patient Schmerzen erleidet und ohne daß starkes Ziehen ein Auflösen von Verklebungen erzielt.

Eine Frage in der Behandlung der Patienten, welche mit Erfolg wegen Peritonitis nach Perforation eines Magengeschwürs behandelt wurden, ist noch nicht einheitlich gelöst, nämlich die, ob den Patienten später eine Radikaloperation anzuraten sei! Im allgemeinen wird von der Mehrzahl der Chirurgen zum Unterschiede von der Behandlung der glücklich überstandenen Perforations-Peritonitis nach Appendizitis mit einem radikalen Eingriffe gewartet, bis sich wieder Beschwerden einstellen. Da in Fall 8 nicht einmal die Resektion des Ulkus davor schützte, daß Patient nach Jahr und Tag eine Perforation eines inzwischen neu gebildeten Geschwüres hatte, wird man von solchen „Radikal"-Operationen auch nicht mit Sicherheit Dauerheilung erwarten dürfen.

Jedenfalls ist die Beobachtung dazu angetan, in dem für den Patienten so kritischen Zustande (Perforations-Peritonitis) jedwede länger dauernde Radikaloperation (Resektion) oder Präventivoperation (Gastroenterostomie) zu vermeiden und lieber die nur kurz dauernde und eine momentane Ernährung ermöglichende Jejunostomie ins Bereich der Erwägung zu ziehen. Vielleicht trägt auch hier die Jejunostomie, welche eine lange Zeit hindurch fortgesetzte Ausschaltung des Magens ermöglicht, besser zur definitiven Ausheilung der Geschwüre bei, als dies sonst geschehen würde.

Zum Schlusse sei nochmals darauf hingewiesen, daß der Schwerpunkt unserer Therapie beim perforierten Ulcus ventriculi darauf zu legen ist, den Patienten möglichst bald zu operieren. Es richtet sich daher immer wieder der Appell des Chirurgen an den praktischen Arzt! Mit Recht sagt Brunner, der praktische Arzt, der rechtzeitig den Patienten, statt mit Morphiuminjektionen die Zeit zu verlieren, sofort ins Krankenhaus zur Operation schickt, habe an dem glücklichen Ausgange der Operation mehr Verdienst als der Operateur. (Deutsch. med. Woch. Nr. 50.)

*

Über operative Behandlung des Malum suboccipitale. Von Dr. Erwin Payr, Professor für Chirurgie an der Universität in Graz.

Es sind jetzt gerade 16 Jahre verflossen, seit v. Bergmann pathologische Anatomie und Klinik der Tuberkulose am Atlantookzipitalgelenke darstellte. Unter Berücksichtigung seiner anatomischen und klinischen, sich völlig ergänzenden Befunde äußerte sich v. Bergmann gegen radikale in der Bloßlegung des Krankheitsherdes bestehende Eingriffe: er verweist darauf, daß doch in einem, wenn auch nicht allzugroßen Teile der Fälle mit konservativer Behandlung (Extensionsmaßnahmen, Eröffnung und Behandlung der Senkungsabszesse) Erfolge zu erzielen sind.

In den von ihm vorgezeichneten Bahnen hat sich seither unser therapeutisches Vorgehen beim Malum suboccipitale bewegt. Die Ablehnung radikaler Eingriffe ist auch für die übrigen spondylitisch erkrankten Abschnitte der Wirbelsäule trotz mancher gelungener Versuche (Israel, Schede, Chipault u. a.) die herrschende Lehre; die bei spondylitischen Lähmungen erfreuliche Erfolge gebenden, Mark- und Nebenwurzeln von Druck befreienden Eingriffe (Trendelenburg, Sultan u. a.) der modernen Zeit haben auf unser Erkrankungsgebiet keine Rückwirkung gehabt. So kann man sagen, daß die zu immer kühneren Hoffnungen und immer größerem Wagen berechtigenden Fortschritte unserer Operationstechnik, sowie die inzwischen zu einem selbständigen Spezialfache gewordene Orthopädie an den Behandlungsprinzipien des Malum suboccipitale nichts wesentliches geändert haben. Wohl sind Wandlungen in der Art der Eröffnung und Behandlung der Senkungsabszesse, Verbesserungen der Stützapparate zu verzeichnen, aber der Krankheitsherd selbst in Knochen, Gelenken und Bändern blieb unberührt. Nach den bisherigen Befunden mit



Recht! Denn wenn für einen Eingriff die pathologisch-anatomischen, eine Heilungsmöglichkeit dartuenden Grundlagen fehlen, ist er ein Spiel mit dem Zufall.

Und doch kann man sich kaum ein traurigeres Krankheitsbild denken, als das der fistelnden, tuberkulösen Erkrankung der obersten Halswirbel und ihrer Gelenke. Auf der einen Seite die Knochen- und Gelenkerkrankungen, auf der anderen die schweren Erscheinungen von seiten des gedrückten oder miterkrankten Rückenmarkes.

Da drängt sich die Frage auf, ob es nicht doch Stadien des Leidens gibt, in denen man helfen kann, in denen man Aussicht hat, den primären Erkrankungsherd zu beseitigen. Es gibt Fälle, in denen die zweifellos bestandene Erkrankung zur Ausheilung kommt und demnach nicht stets Stadien zu erreichen braucht, deren Veränderungen als irreparabel angesehen werden müssen. Die Prognose des Leidens ist schlecht, noch schlechter als bei den übrigen Lokalisationen der Spondylitis, bei Erwachsenen noch viel schlechter als im Kindesalter, gegen das 40. Lebensjahr geradezu immer infaust. Teissier konnte 26 Fälle von Heilungen zusammenstellen. Dies beweist die Seltenheit, für die man eine solche ansieht. Trotz alledem müssen wir uns einen Anhaltspunkt an den geheilten Fällen suchen. Selbst vereinzelte, vorgeschrittene Fälle können heilen, wenngleich die Heilung im anatomischen Sinne eine höchst unvollständige ist. Mächtige, vom Periost neugebildete Knochenmassen füllen die durch die tuberkulöse Ostitis geschlagenen Breschen, Knochen und Gelenke gehen Verschmelzungs- und Ankylosierungsprozesse ein, der Wirbelkanal ist oft hochgradig verengt, größere Teile von Atlas oder Epistropheus können völlig aufgezehrt oder in seltenen Fällen (Lues?) ausgestoßen werden. Oftmals sind dauernde Lähmungen als Folge dieser Skelettveränderungen vorhanden.

Da liegt der Gedanke nahe, daß in früheren Stadien und bei bestimmten Lokalisationen der Ostitis tuberculosa doch ab und zu vielleicht ein radikaler Eingriff ein fast sicher und qualvoll verlorenes Leben retten kann. Nach den vorliegenden klinischen Erfahrungen müssen solcherart zu erzielende Erfolge als Ausnahmen gelten.

Der letzthin geschilderte Gedanke hat P. veranlaßt, einen Versuch einer radikalen Entfernung der erkrankten Knochenpartien an den subokzipitalen Wirbeln mit Meißel und Knochenzange nach vorheriger, breiter, übersichtlicher Freilegung der ganzen Subokzipitalregion zu unternehmen.

Die Schwierigkeiten des Eingriffes sind jedenfalls geringer, als man sich vorstellt. Was die Grenzen unserer Leistungsfähigkeit beim Malum suboccipitale anlangt, so sind dieselben wohl ziemlich enge gezogen. In Betracht kommen Herde am hinteren und vorderen Bogen des Atlas, am Proc. transversus, sowie am Gelenkfortsatz, auf dem das Atlanto-okzipitalgelenk ruht. An der Leiche läßt sich dasselbe in seinem hintersten Abschnitte leicht eröffnen. Durch Abtragen eines Stückes des hinteren Abschnittes des Gelenkfortsatzes des Atlas kann man dasselbe so weit eröffnen, daß man in dasselbe mit einem schmalen Meißel oder einem kleinen scharfen Löffel eindringen könnte, jedoch erscheint es uns fraglich, ob wir bei einer irgend erheblicheren Erkrankung dieses Gelenkes Ersprießliches leisten können. Vollständig machtlos sind wir natürlich bei einer Erkrankung im Drehgelenk zwischen Atlas und Epistropheus, während eine Behandlung des seitlichen Gelenkes zwischen Atlas und Epistropheus — dasselbe ist wegen der Inkongruenz der Gelenkflächen nicht schwer zu eröffnen und würde die Einführung von Instrumenten gestatten — nicht unmöglich erschiene. Ebenso leicht wie am hinteren Atlasbogen lassen sich Entfernungen erkrankter Teile am hinteren Epistropheusbogen sowie an seinen Proc. transvers. ausführen.

Bezüglich eines Versuches einer Indikationsstellung für einen radikalen Eingriff läßt sich folgendes sagen:

1. Mitbeteiligung des Rückenmarks und seiner Häute oder des Gehirns schließt jeden Eingriff aus.

2. Erkrankung des Zahngelenks zwischen Atlas und Epistropheus läßt gleichfalls einen Eingriff untunlich erscheinen.

3. Die Wirbelerkrankung soll sich womöglich in einem frühen Stadium befinden und auf eine Seite beschränkt sein.

4. Kommunikation des Krankheitsherdes mit der Mundrachenhöhle, sowie Mischinfektion bei nach außen mündender Fistel sind als gefährliche Komplikationen zu betrachten.

5. Es soll, wenn irgend möglich, durch Röntgenographie der hauptsächliche Sitz der Knochenerkrankung festgestellt sein (primär-ostale Form); die klinischen Symptome sollen, wenn möglich, eine Lokalisationsdiagnose des Erkrankungsherdes, eventuell per exclusionem, gestatten; die Anwesenheit eines kalten Abszesses ist kein Hindernis für den Eingriff.

6. Es sollen keine irgend schweren tuberkulösen Veränderungen in anderen Organen vorhanden sein.

Erfüllt man die hier wiedergegebenen Forderungen, schließt man das, was Gegenanzeige gibt, aus, so bleibt für einen radikalen Eingriff kein allzugroßes Wirkungsfeld übrig, und es kommt wohl vorläufig noch dabei heraus, daß „Ausnahmen die Regel bestätigen".

Die größte Zahl von Fällen bietet ja von vornherein keine Aussicht für ein radikales operatives Vorgehen, wie gerade v. Bergmann in überzeugendster Weise dargetan hat! König meint, daß bei Halswirbeltuberkulose nur ausnahmsweise ein erkrankter Dorn oder Bogen freizulegen ist. Hoffa sagt, der Verlauf der wenigen bis jetzt geheilten Fälle zeigt uns den Weg, den wir bei der Behandlung des Malum suboccipitale einzuschlagen haben, und erwähnt dann die konservativen Verfahren der modernen Orthopädie. Alle Stimmen drücken sich ungemein skeptisch gegen radikale Eingriffe aus; die Mehrzahl der Autoren hat aber dabei nur die Tuberkulose der Brust- und Lendenwirbelsäule, eventuell der unteren Halswirbelsäule im Auge und zieht radikale Eingriffe an Atlas und Epistropheus überhaupt nicht in Betracht. Es scheinen solche bei Tuberkulose bisher nicht unternommen worden zu sein.

Wir sind zu der Ansicht gekommen, daß man bei genauer Berücksichtigung der Anamnese, des Verlaufes und des objektiven Befundes in einem jedenfalls kleinen Teile der Fälle, womöglich in frühen Stadien der Erkrankung, den Versuch einer Radikaloperation machen kann. Relatives Freibleiben der Drehbewegung und geringe Schmerzhaftigkeit bei Druck auf den Scheitel scheinen uns die brauchbarsten klinischen Anhaltspunkte zu sein. (Deutsch. med. Woch. Nr. 50.)

III. Literatur.

Verein „Säuglingsmilchverteilung", Jahresbericht. Der Bericht ist ein ehrendes Zeugnis für die soziale Gesinnung und Tätigkeit der Favoritner Ärzte, insbesonders des Anregers Herrn Siegfried Weiß. M.

Die Lebenswunder. Gemeinverständliche Studien über biologische Philosophie, Ergänzungsband zu dem Buche „Über die Welträtsel", von Ernst Haeckel. Stuttgart. Alfred Krönes Verlag.

Dieser Ergänzungsband beschränkt sich auf das Gebiet der organischen Naturwissenschaft, der „Lebenskunde". Man findet in ihm in nuce die wichtigsten Lehren Haeckels. Er sei deshalb besonders den Ärzten empfohlen. F.

Psychotherapeutische Briefe. Von H. Oppenheim. Zweite unveränderte Auflage. Berlin. S. Karger, 1906, Preis 1 Mark.

Der bekannte Berliner Neurologe hat diese Briefe nach Mustern zusammengestellt, die er im Laufe der letzten Jahre an Nervenleidende richten mußte. Sie sollen nach den Worten des Autors den jüngeren Kollegen eine Anleitung zu praktischer Psychotherapie bieten und auch im entsprechenden Falle dem Kranken selber ganz unbedenklich in die Hand gegeben werden können. Beide Zwecke erfüllen die glänzend geschriebenen Episteln trefflich. Sachlich möchte ich nur einwenden, daß ich es für ausgeschlossen halte, mit dieser Art von bloß aufrichtender, nicht auflösender Psychotherapie, Hysterie und Zwangsneurose radikal und dauernd zur Heilung



zu bringen. Hier wird die psychoanalytische Methode Freuds wie bisher auch weiter die einzige wirkliche Heilung bringen. Immerhin ist dieselbe so kostspielig, zeitraubend und außerordentliche Findigkeit heischend, daß sie stets nur eine Minderheit der Kollegen und Kranken zu üben vermögen wird. Allen jenen, welchen dies unmöglich ist, seien Oppenheims Briefe auf wärmste empfohlen. J. Sadger.

IV. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter".)

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 17. Februar 1907.

Julius Flesch zeigt das Präparat eines Falles von Darminvagination und bespricht im Anschlusse daran Ätiologie und Symptomatologie dieser Erkrankung. In dem speziellen Falle war die Diagnose intra vitam nicht gestellt worden, sondern das ganze Symptomenbild täuschte das Bild einer Appendixperforation und Bildung eines abgesackten Abszesses vor.

Theodor Escherich demonstriert einen Säugling mit infantiler Tetanie mit exzessiver mechanischer und elektrischer Erregbarkeit. Seit zwei Monaten Verdauungsstörungen, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Abmagerung. Seit drei Tagen kurzdauernde Anfälle. Von Zeit zu Zeit ein typischer Stimmritzenkrampf, der aus einer Anzahl krähender Inspirationen besteht und höchstens eine leichte Zyanose veranlaßt. Dabei besteht maximale mechanische wie elektrische Erregbarkeitssteigerung. Bestreichen der Wange genügt zur Auslösung eines lebhaften Fazialisphänomens. Beim leichten Beklopfen eines Muskelbauches springt derselbe in starrer Kontraktion vor. Die Angaben Finkelsteins, daß die Milchentziehung nahezu ein sicheres Mittel zur Herabsetzung der Übererregbarkeit darstelle, haben sich in diesem Falle nicht bestätigt, im Gegenteil, es konnte eher eine Steigerung der Erregbarkeit konstatiert werden. Damit soll nicht bestritten werden, daß eine nicht geringe Zahl von Tetaniefällen auf Mehl-, respektive Hungerdiät in diesem Sinne reagiert. Allein man wird darauf nicht mit solcher Sicherheit rechnen dürfen, als dies nach den Publikationen der Berliner und Breslauer Schule zu erwarten wäre. Zur Klärung der noch unentschiedenen Frage, ob das Fazialisphänomen als Ausdruck einer gesteigerten mechanischen Erregbarkeit oder als ein Reflexvorgang aufzufassen sei, wurde ein in 10%ige Kokainlösung getränktes Gazeläppchen auf die zu anästhesierende Stelle aufgelegt und ein mittelstarker Strom in der Weise durch den Körper geleitet, daß die Anode auf das erwähnte Läppchen aufgesetzt wird; trotzdem war das Fazialisphänomen durch leises Betupfen derselben Stelle in unverminderter Stärke auslösbar.

Fritz Spieler bestätigt die Unwirksamkeit der Milchentziehung auf die elektrische Übererregbarkeit auf Grund analoger Erfahrungen aus dem Carolinen-Kinderspitale und bezweifelt auch die von verschiedenen Autoren gerühmte eklatante Wirkung des Phosphorlebertrans und macht auf die Erscheinung aufmerksam, daß ihm in allen Fällen von pathologischer Übererregbarkeit das Überwiegen der AnÖZ über die AnSZ, beziehungsweise das deutliche Früherauftreten der ersteren aufgefallen sei.

Klemens v. Pirquet bemerkt, er verstehe unter anodischer Übererregbarkeit nicht das auffällige Symptom des Überwiegens der AÖ über die AS, sondern die absolute Bestimmung der AÖ, ihr Auftreten unter 5 MA, gleichgültig, ob die AS früher oder später eintritt.

Fritz Spieler erwidert, daß seine Beobachtungen bezüglich des Überwiegens der AnÖZ über die AnSZ in erster Linie auf Erregbarkeitsuntersuchungen am Nerv. medianus basieren.

Rudolf Neurath glaubt, daß die Frage zu entscheiden wäre, in welchem Verhältnis die Steigerung der motorischen zur Steigerung der elektrischen Erregbarkeit bei tetanoiden (spasmophilen) Kindern steht. Deckt sich die eine mit der anderen? Auf Grund einer allerdings groben Prüfung kam er zum Resultate, daß man das Fazialisphänomen bei 60—70% der Kinder beobachten könne, wobei ihm weniger das Moment der Ernährung als der Einfluß respiratorischer Schädigungen (respiratorischer Noxen von Einfluß zu sein schien.

Klemens v. Pirquet bemerkt, daß bei gesunden Säuglingen das Fazialisphänomen ein seltenes Vorkommnis ist. Gelegentlich galvanischer Untersuchungen von 500 Kindern fand sich das Fazialisphänomen nur in 3·8%, auch gehe das Fazialisphänomen fast immer mit kathodischer Übererregbarkeit einher.

Heinrich Lehndorff und Arnold Baumgarten erstatten eine vorläufige Mitteilung: Zur Chemie der Zerebrospinalflüssigkeit. Wie Baumgarten berichtet, fand sich in 25 Fällen bei verschiedenen Erkrankungen des Zentralnervensystems Milchsäure in der Zerebrospinalflüssigkeit. Die Milchsäure wurde nach Uffelmann nachgewiesen.

Auch Zack hat in einigen Fällen von tuberkulöser Meningitis die Milchsäurereaktiou untersucht und konnte sie dabei am Ätherextrakt der Zerebrospinalflüssigkeit deutlich beobachten.

Bianca Bienenfeld: Die Leukozyten in der Serumkrankheit. Nach Injektion größerer Mengen von artfremdem Eiweiß entwickelt sich am 8.—12. Tage ein Krankheitsbild, das sich in klassischen Fällen in einem Exanthem von flüchtigen Effloreszenzen, Fieber, Schwellung der Lymphdrüsen, Ödemen, Gelenksschwellungen, Störungen des Allgemeinbefindens und manchmal in Eiweißausscheidung als Zeichen der Nierenreizung äußerte. In vier Fällen ergaben tägliche Leukozytenzählungen das Auftreten einer Leukopenie zur Zeit der Serumerscheinungen. Gibt es nun eine für die Serumkrankheit charakteristische Leukozytenkurve und ist die Leukopenie, die im Blute der mit Serum behandelten Individuen eintritt, auf eine gleichmäßige Verminderung sämtlicher Leukozytenarten zurückzuführen oder erscheint das leukozytische Gleichgewicht gestört und worin können die Ursachen für die mangelnde Beteiligung einzelner Blutklassen gefunden werden? Um diese Frage zu beantworten, hat Bienenfeld an 9 mit Injektion von 100—200 cm^3 des Moserschen polyvalenten Scharlachserums behandelten scharlachkranken Kindern des St. Anna-Kinderspitales und an einem an Tetanus erkrankten und mit Injektion von Behrings Tetanusantitoxin (Summe der Serummenge 133 cm^3) behandelten Patienten der Abteilung Ortner tägliche, durch 3—4 Wochen fortgesetzte Leukozytenzählungen vorgenommen und die bei den ersten gleichzeitig angelegten Trockenpräparate differentialdiagnostisch durchgezählt. Vortragende kam zu folgenden Resultaten: Die Injektion großer Serummengen übt zweierlei Wirkungen auf die Leukozytenzahl aus. 1. Die unmittelbar nach der Injektion eintretende Leukopenie, der eine Leukozytose folgt, und 2. ein Ansteigen der Leukozytenkurve während der Prodromalerscheinungen der Serumkrankheit, der dann frühestens am sechsten Tage nach der Injektion ein jähes Absinken der Leukozyten folgt, welches der Eruption der Serumerscheinungen vorhergeht und daher vielleicht prognostisch verwertet werden kann. Von diesem Zeitpunkt an sinkt die Leukozytenzahl erheblich ab und zeigt in der Mehrzahl der Fälle eine absolute Leukopenie — Werte unter 5000 Leukozyten —, die 1—4 Tage anhält, den übrigen Symptomen der Serumkrankheit angegliedert ist und mit der Höhe der Serumkrankkeit zusammenfällt. Nach dem Ablaufe der Serumerscheinungen kommen wieder normale Werte zum Vorschein. Vortragende hält die Ansicht Löwits, die Leukopenie durch direkten Leukozytenzerfall im Blute zu erklären, für nicht stichhältig und weist auf den Zusammenhang zwischen Leukopenie und Schwellung der Lymphdrüsen und der Milz und der Präzipitinbildung hin.

Hermann Schlesinger glaubt, es wäre von Wichtigkeit, festzustellen, ob die Befunde der Vorrednerin



Gültigkeit haben, vor allem bei Erkrankungen, welche mit zweifelloser Leukopenie einhergehen, zum Beispiel bei Typhus abdominalis. Er verfügt über eine derartige Beobachtung, die allerdings wesentlich andere Resultate ergeben hat als die eben mitgeteilten. Bei diesem Falle wurden im ganzen 120 cm^3 Serum in Zwischenräumen von je etwa 3—4 Tagen einverleibt. Die Leukozytenzahl betrug vor der Injektion kaum 3000, stieg aber bis auf 14.000. Als sich die typischen Zeichen der Serumkrankheit zeigten (Urtikaria, Gelenkschwellungen, leichte Albuminurie, Temperaturerhöhung), erreichte die Leukozytenzahl die Höhe von 24.000. Ob die Art der Krankheit oder die Art des Serums diesen Unterschied mit den Angaben der Vortragenden bedingt, müßten weitere Beobachtungen erst lehren.

Theodor Escherich erinnert daran, daß die nach Seruminjektionen auftretenden Blutveränderungen mit denen durch Einwirkung von Röntgenstrahlen ähnlich seien. Besteht nun eine mangelhafte Neubildung oder eine exzessive Zerstörung der Granulozyten? Sollte dies durch ein im Blute befindliches Toxin hervorgerufen sein, so wäre es wohl möglich dasselbe experimentell nachzuweisen.

Bianca Bienenfeld erwidert, daß ihr die Ähnlichkeit der durch Seruminjektion erzeugten und der durch Röntgenbestrahlung hervorgerufenen Leukopenie auch aufgefallen sei, da bei beiden nach Ablauf der Leukopenie ein überaus vermehrtes Auftreten von großen mononukleären Leukozyten und Übergangsformen zu beobachten ist; möglich, daß degenerative Veränderungen im Knochenmark dies bedingen. *i. m.*

Sitzung vom 21. Februar 1907.

Rudolf Neurath zeigt Fälle und Bilder von Schiefhals bei Hemiplegie im Kindesalter und macht besonders auf ein bisher wenig berücksichtigtes Symptom aufmerksam, nämlich auf eine geringere oder stärkere Neigung des Kopfes nach der gelähmten Seite bei erhaltener Bewegungsfreiheit des Kopfes. Zu erklären wäre die pathologische Kopfhaltung durch eine den hypertonischen Muskeln der gelähmten Extremitäten gleichzustellende Kontraktur der Hals- und Nackenmuskeln, also vor allem des Kukullaris und des Sternokleidomastoideus.

Hermann Schlesinger stellt einen 26jährigen Kranken vor, bei welchem ein Abdominaltyphus klinisch eine Hämatemesis als erstes Symptom darbot. Der Verlauf lehrte, daß Patient einen ambulatorischen Typhus durchgemacht und erst gegen Schluß der Erkrankung eine Hämatemesis bekommen hatte. Daß es sich um einen Typhus gehandelt habe, kann mit Rücksicht auf den Temperaturverlauf, die Leukopenie, die wachsende Widalsche Reaktion und den Milztumor kaum bezweifelt werden. Ganz ungewöhnlich ist aber die Hämatemesis, die klinisch den Typhus einleitete, und die Vortragender bisnun noch nirgends in der Literatur verzeichnet gefunden hat. Es wäre denkbar, daß ein ausgeheiltes Ulkus infolge typhöser Gefäßveränderungen exulzerierte und zu bluten anfing.

Rudolf Kraus zieht die Möglichkeit eines Paratyphus in Betracht und fragt, ob das Blut bakteriologisch untersucht worden sei.

Hermann Schlesinger erwidert, daß das Blut leider nicht bakteriologisch untersucht wurde; jedoch sei der Beginn auch im Falle eines Paratyphus ein ganz exzeptioneller, da auch bei Paratyphus, soweit Vortragender weiß, keine initiale Hämatemesis beobachtet wurde.

Rudolf Schmidt hat einen ganz analogen Fall an der II. med. Klinik vor längerer Zeit beobachtet. Damals wurde sogar vorübergehend, mit Rücksicht auf die einleitende Hämatemesis, die Möglichkeit einer Perforationsperitonitis (Ulcus ventriculi!) in Erwägung gezogen.

Weiters stellt Hermann Schlesinger einen 62jährigen Mann vor mit Osteitis deformans (Pagetscher Knochenkrankheit), die auf die rechte Tibia beschränkt ist. Die Tibia ist enorm verdickt, nach vorn und außen gekrümmt. Die Oberfläche ist grobhöckerig, uneben, die vordere Tibiakante ist abgerundet. Der Knochen ist auf Druck oder Beklopfen nicht empfindlich. Die Röntgenuntersuchung zeigte, daß mächtige Osteophytauflagerungen bestehen und der Knochen einen völligen Umbau erfahren hat. In dem vorgestellten Falle ist trotz mindestens fünfzehnjähriger Dauer des Leidens nicht einmal die rechte Fibula verändert. Auch das ganze übrige Knochensystem ist frei von Veränderungen, so daß man von einer „monoosteitischen Form“ der Pagetschen Krankheit sprechen könnte.

Otto Marburg: Zur Pathologie der Myasthenie. Das klinische Bild der Myasthenie ist in allen Details festgelegt, hingegen ist die pathologische Grundlage dieser Affektion bisher nicht ausreichend gekannt. Weigert war der erste, der das Augenmerk auf den Muskel selbst lenkte, indem er in demselben Infiltrate nachwies. Vortragender konnte an exzidierten Muskelstückchen zweier schwerer Fälle von Myasthenie im Muskel selbst eine fettige Umwandlung des Sarkoplasmas finden (Marchifärbung), ähnlich der bei schweren Autointoxikationen beschriebenen. Dieselbe betrifft den Muskel nicht in toto, sondern nur in einzelnen Fibrillen und diese gleichfalls nur streckenweise. Die Querstreifung ist dabei intakt. Die zelligen Infiltrate sind typisch für entzündliche Veränderungen, so daß der ganze Prozeß als Myositis, und zwar als degenerative diskontinuierliche Form aufgefaßt werden kann. Diese Myositis läßt die klinischen Erscheinungen erklärlich erscheinen. Als Analogien am Nervensystem seien die periaxiale Neuritis und die multiple Sklerose genannt.

Lothar Frankl-Hochwart erwähnt einen Fall, bei dem er Beobachtungen gemacht habe, die zugunsten der Meinung Marburgs sprechen.

Arthur Horner demonstriert in Vertretung des verhinderten Dr. Schoßberger Präparate von einem Falle, den Schoßberger am 24. Jänner 1907 aus der I. med. Abteilung vorgestellt hat. Wie seinerzeit berichtet, handelt es sich um Erkrankung des chromaffinen Systems bei einem 27jährigen Manne, der neben den Erscheinungen einer Tuberkulose eine ausgedehnte Pigmentation der Zunge sowie der Haut an Bauch und Händen dargeboten hatte. Die Sektion ergab eine totale Verkäsung, Verschrumpfung und teilweise Verkreidung der Nebennieren.

Emil Wiesel meint, daß aus der bloßen Pigmentierung allein nicht ohneweiters auf eine Erkrankung des chromaffinen Systems geschlossen werden dürfe.

Sigmund Gara (Wien und Pistyan) erstattet eine Mitteilung über ein bisher unbekanntes Symptom der Ischias, das ihm zuerst aufgefallen sei. Es fiel ihm bei der Anamnese die häufige Angabe der Patienten auf, daß ihrer Ischias Tage, oft Wochen vorher mehr oder minder heftige Kreuzschmerzen vorangingen, nach deren Abklingen erst die Schmerzen in der unteren Extremität aufgetreten sind. G. untersuchte daher etwas näher die Kreuzgegend. Nun konnte er konstatieren, daß bei Druck auf den Dornfortsatz des letzten Lendenwirbels sehr heftige Schmerzen auftraten, die beim nächsten Lendenwirbel schon geringer waren, während höher oben die ganze weitere Reihe der Dornfortsätze ganz schmerzlos war. Auch die Patienten, die über Kreuzschmerzen nicht klagten, boten dieses Symptom. Gara erwähnt eine Reihe von Fällen, die mit der Diagnose Ischias zu ihm kamen, wobei es sich aber um Karzinom, Schenkelhalsfraktur, Prostatatumor handelte. In diesen Fällen waren mehrere Dornfortsätze schmerzhaft oder es fehlte das erwähnte Symptom. Gara schlägt nun vor, dieses Symptom differentialdiagnostisch zu verwerten, indem er behauptet, daß der Druckpunkt am Dornfortsatz des letzten Lendenwirbels nur dann für Ischias beweisend ist, wenn keine anderen Wirbel empfindlich sind.

Lothar v. Frankl-Hochwart untersucht seit Jahren bei jeder Ischias die Wirbel, konnte aber in vielen Fällen keine Druckempfindlichkeit derselben finden. In anderen war sie manchmal zirkumskript, manchmal mehr diffus.

Hermann Schlesinger konnte das Phänomen in letzter Zeit bei vier Fällen beobachten und regt eine Nachprüfung dieses Befundes an.



Emil Mattauschek: Zur Epidemiologie der Tetanie. Mattauschek berichtet über Tetaniefälle in der Armee in den Jahren 1896 bis 1906. Auf eine Kopfzahl von rund 400.000 kamen 83 Fälle. Vortragender zeigt eine Übersichtstabelle bezüglich der Verteilung nach Orten, Jahren und Monaten, und aus dem Vergleiche mit der Tabelle v. Frankls für das allgemeine Krankenhaus ersieht man eine durchaus ähnliche Häufigkeitskurve mit ihrem Gipfelpunkt im Jahre 1896. Die Tabelle lehrt, daß Tetanie außer in Wien auch in Mähren und Galizien in den gewissen Wintermonaten epidemisch ist, und in gewissen Jahren in besonderer Häufigkeit zur Beobachtung gelangt. Die befallenen Berufe: Schneider, Schuster und sonstige Berufe verhalten sich beim Militär wie 2:3:10. In mehr als 30% der Fälle konnte wiederholte Erkrankung festgestellt werden.

Diskussion über den von Grübel in der Sitzung vom 7. Februar vorgestellten Fall von angeborenem Herzfehler.

Josef Grübel macht gegenüber v. Stejskal nochmals aufmerksam, daß er nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose aufgestellt habe, jedoch sei unzweifelhaft vorhanden: Hypertrophie des linken Ventrikels, Schwirren über der bandförmigen Dämpfung am oberen Sternum, systolisches Geräusch; eine nochmalige Röntgenuntersuchung ergab eine Erweiterung der Arteria pulmonalis. Das Schwirren ist im Liegen deutlicher als im Stehen, und habe v. Stejskal den Patienten nur im Stehen untersucht, was vielleicht die von ihm gestellte Diagnose erkläre.

Max Weinberger kann aus dem Röntgenbefund sich der Diagnose eines offenen Ductus Botalli nicht anschließen, und bringt die Veränderungen mit der Infiltration des Lungengewebes in Beziehung.

Karl v. Stejskal erwidert, daß die Hypertrophie des linken Ventrikels und die anderen von Grübel angeführten Symptome zur Diagnose offener Ductus Botalli nicht genügen.

Jakob Pál bestätigt die von Grübel angegebenen Symptome, die auch von anderen Nachuntersuchern konstatiert wurden.

Hermann Schrötter hält den Fall bisher noch nicht für geklärt. Er neige der Ansicht zu, daß es sich um Verdichtungen des Lungengewebes infolge von Tuberkulose und um die Kompression eines Astes der Pulmonalarterie handle.

i. m.

Konstituierende Versammlung des Landesverbandes der Ärzte Deutschböhmens.

(Schluß.)

Hierauf sprach Dr. Franz Perko über die soziale Stellung des Arztes.

Die gewichtige Rolle, die der Arzt noch bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts spielte, ist vorbei. Obzwar die gesamte Heilkunde dazumal fast nur auf Erfahrung aufgebaut war und wirksame Abwehrmaßregeln gegen die verschiedenen Seuchen wenig oder gar nicht geübt wurden, war der Hausarzt bei Jung und Alt, Hoch und Nieder, Arm und Reich ein gerne gesehener geachteter Gast, dessen Los vielfach beneidet wurde.

Während nun die Naturwissenschaften im Laufe der letzten Zeit einen ungeahnten Aufschwung nahmen, welcher mit in erster Reihe der Heilung und Verhütung menschlichen Leidens zugute kam, ist bei den Ausübenden der Heilkunde ein scheinbar unaufhaltsamer wirtschaftlicher Niedergang zu beobachten, der in Österreich noch nicht zum Stillstand gekommen ist. Zum erstenmal trat diese Erscheinung grell hervor, als infolge der Krankenkassen- und Sanitätsgesetze der Achtzigerjahre des vorigen Jahrhunderts ein außerordentlicher Andrang zum Studium der Medizin eintrat, wodurch ein Überfluß an Ärzten erzeugt wurde.

Die Unmasse von Verpflichtungen, welche dem Arzte umsonst oder gegen ein früheren Zeiten angepaßtes, willkürlich bemessenes oder unwürdig niederes Entgelt auferlegt werden, läßt im Zusammenhang mit dem Grundsatz des bürgerlichen Gesetzbuches, daß einem jeden Staatsbürger für eine jede Leistung eine entsprechende Entlohnung zuzukommen habe, daran zweifeln, ob wir in einem Rechtsstaate leben. Die kostenlose Anzeige der Infektionskrankheiten, die Vornahme sanitärer Amtshandlungen im eigenen und übertragenen Wirkungskreis zu Löhnen, welche kaum der Josefinischen Zeit entsprachen, der unbedingte Berufszwang und der Mißbrauch der Humanität stempeln den Arzt zum modernen Sklaven des öffentlichen Wohles.

Dem einigermaßen sozial Geschulten kann die Tatsache nicht entgehen, daß im fortschreitenden Wirtschaftsleben alle Verhältnisse vom Gedanken der Organisation durchdrungen werden. Die Zeiten, in denen der Einzelne seines Glückes Schmied war, sind vorüber. Die Menschen fühlen, daß sie gemeinsam ihre Geschäfte machen müssen, daß auf Vereinzelung wirtschaftliche Todesstrafe gesetzt ist. Diese Erkenntnis hat bereits alle Berufszweige ergriffen; Arbeiter, Handwerker, Bauern, Unternehmer, sie alle verbinden sich zum Schutze ihrer wirtschaftlichen Interessen, und nun ringt Organisation mit Organisation. Selbst die Beamtenschaft und die freien Berufe wurden in diesen Prozeß unaufhaltsam hineingezogen.

Am längsten unberührt blieb von diesem Zug der Zeit nur der Arzt, und zwar liegt dies zum Teil in der Natur seines Berufes, dessen wissenschaftliche Seite ausschließlich auf dem Boden der freien persönlichen Entfaltung gedeihen kann.

Als Axiom muß feststehen, daß jede ärztliche Leistung entsprechend bezahlt werden muß. Kann diese Auslage nicht der einzelne bestreiten, muß die Allgemeinheit für ihn eintreten. Wir Ärzte werden Humanität auch weiter willig und gerne üben, werden auch in Hinkunft in allen humanen Fragen bahnbrechend wirken. Doch darf die Humanität nie zum Zwange ausarten, die Betätigung der Menschenliebe muß wie bei jedem anderen Stande eine freie Willensäußerung sein, wodurch sie allein ihren hohen ethischen Wert beibehalten kann. Eine durch Gesetze, Verordnungen oder die Gewohnheit erzwungene Humanität wird zur Inhumanität gegenüber dem Arzte. Gegen diese Ausnahmsstellung müssen wir mit allen Mitteln ankämpfen, selbst auf die Gefahr hin, eine Zeitlang inhuman zu erscheinen.

An die Stelle des Notvertrages, welchen derzeit nahezu jeder Arzt mit den meist mächtigeren Kassenverwaltungen abschließen muß und durch den der Wert des freien Arbeitsvertrages geradeso aufgehoben erscheint, wie beim einzelnen besitzlosen Proletarier gegenüber dem reichen Fabrikanten, muß der gemeinsame Vertrag von Verband zu Verband treten. Der Einzelnvertrag wird nur mehr die rechtlich gültige Ausführung eines schematischen, von Organisation zu Organisation abgemachten ideellen Vertrages sein.

Unser Recht werden wir aber nur finden, wenn wir genügend stark geworden sind. Diese Eigenschaften kann nur eine straffe Organisation vermitteln.

Gewissenhafte berufliche und zähe wirtschaftliche Arbeit, sowie stetes Unterordnen unter das Wohl der Gesamtheit werden uns langsam aber sicher vorwärts bringen. Als kostbarste Imponderabilien werden aber die Organisationen sozial denkende und handelnde Kollegen heranbilden, welche besser gerüstet, den Kampf ums Dasein ehrenvoll bestehen werden.

Hierauf wurden Wahlen vorgenommen, der Antrag des Vorstandes auf Beitritt zur Reichsorganisation einstimmig angenommen und die Versammlung mit dem Wunsche des Vorsitzenden auf ein gutes Gelingen und Gedeihen der Organisation geschlossen. i. m.

V. Aus der Praxis.

Unsere Erfahrungen mit „Calmyren". Von Dr. Ferdinand Rosenthal, I. Assistent. (Aus der I. medizinischen Abteilung der Wiener Poliklinik.)

Die gegen die Hysterie zu ergreifenden therapeutischen Maßnahmen können mannigfacher Art sein. Eine große Be-



deutung kommt der psychischen Behandlung zu, die Beeinflussung der Kranken durch die verständig ausgeübte ärztliche Autorität wird in vielen Fällen von heilsamster Wirkung sein. Aber auch Bäder, Massage, Elektrotherapie, Heilgymnastik, sowie die Regelung der ganzen Lebensweise werden in hohem Grade unterstützend wirken. Bei der Bekämpfung der subjektiven Beschwerden sind wir auf die medikamentöse Therapie angewiesen und überaus zahlreich sind die Mittel, welche zu diesem Behufe anempfohlen werden.

Schon seit altersher spielte die Radix Valerianae eine große Rolle als Antihysterikum, aber der üble Geruch, der schlechte Geschmack und die leichte Zersetzlichkeit waren ein Hindernis für die systematische Darreichung der Baldrianwurzel. Der modernen Chemie ist es nun gelungen, alle diese Übelstände zu beseitigen und auch die wirksamen Bestandteile in chemisch reiner Form zu isolieren. So erhielt man ein ätherisches Öl, welches aus einem Gemenge von Valeren und Valerol besteht. Das krampfstillende Baldrianöl mit stimulierenden, tonisierenden und die Verdauung fördernden Substanzen zu einem Mittel von bester Wirkung vereinigt zu haben, ist das Verdienst der Apotheke zur „Austria“ in Wien. Das von derselben dargestellte Präparat führt den Namen Calmyren.

Die in der „Ärzt. Zentralzeitung“ mitgeteilte kurze Kasuistik beweist deutlich, daß Calmyren als Antihysterikum sich vortrefflich bewährt. Die Unschädlichkeit des Präparates sowie seine prompte Wirkung sind beachtenswerte Vorzüge. Auf dem Gebiete der Neurasthenie, der Hysterie und der Neurosen wird Calmyren stets mit dem besten Erfolge angewendet werden und dem Arzte gute Dienste leisten. Auf Grund von ungefähr 120 beobachteten Fällen kann R. Calmyren den Herren Kollegen wärmstens empfehlen.

VI. Notizen.

XI. Internationaler Kongreß gegen den Alkoholismus. Infolge der Einladung der königlich schwedischen Regierung hat der X. Internationale Kongreß gegen den Alkoholismus beschlossen, den XI. Kongreß im Jahre 1907 in der Hauptstadt Schwedens abzuhalten. Derselbe findet vom 28. Juli bis 3. August 1907 statt. Vorläufig sind folgende Hauptthemata der Vorträge, respektive Diskussionen in Aussicht genommen: Alkohol und Geistesstörungen; Alkohol und Rassendegeneration; Alkohol und Zurechnungsfähigkeit; Alkohol und Verbrechen; Alkohol und sexuelle Fragen; Alkohol und Medizin; Die Lehren der Geschichte in der Alkoholfrage; Die Aufgabe der Schule im Kampfe gegen den Alkoholismus; Alkohol und Militär; Presse und Alkohol; Alkohol, Abstinenz und Krankenkassen; Erfahrungen der Lebensversicherungsgesellschaften; Alkohol und Verkehrswesen; Der Alkohol auf dem Lande; Die Belastung der Gemeinden durch den Alkohol; Alkohol als Nahrungsmittel; Der Alkoholverbrauch in Amerika; Der Alkohol und die Naturvölker (unter Berücksichtigung unter anderen der Lappländer); Das Gothenburger System; Organisation der modernen schwedischen Abstinenzvereine. Für einige größere Volksversammlungen während des Kongresses werden folgende Vorträge, eventuell Diskussionen geplant: Die Frau und der Kampf gegen den Alkoholismus; Jugend und Alkohol; Alkohol und künstlerisches Schaffen; Die Volksbildung im Kampfe gegen den Alkoholismus; Alkohol und soziale Frage; Der Alkohol und die oberen Klassen der Gesellschaft. Die Anmeldung zur Teilnahme an dem Kongresse, sowie alle sonstigen Anmeldungen und Zuschriften sind an die Adresse des Generalsekretärs Professor Dr. Kurt Wallis, Tegnérgatan 2, Stockholm, zu richten.

Erster Kongreß der deutschen Gesellschaft für Urologie. Derselbe wird vom 2.—5. Oktober 1907 in Wien im Gebäude der k. k. Gesellschaft der Ärzte tagen. Als Hauptthemen werden in Diskussion gezogen: I. Diagnostik und Therapie der Nierentumoren (Referenten: Küster, Marburg, v. Eiselsberg, Wien.) II. Diagnostik und Therapie der Nephrolithiasis. (Referenten: Kümmel, Hamburg, Holzknecht, Kienböck, Wien.) III. Die Albuminurie. (Referenten: v. Noorden, Wien, Posner, Berlin.) Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen haben mit einer kurzen Inhaltsangabe versehen bis spätestens 15. Juli 1907 an die Geschäftsstelle in Wien (Dr. Kapsammer, IX., Maria Theresienstraße 3) stattzufinden.

Ein neues Antihysterikum. Jeder Praktiker wird ein wirksames Mittel gegen die Hysterie, die nicht nur eine Geißel des weiblichen Geschlechtes, sondern auch des Arztes als angerufener Helfer ist, dankbar begrüßen. Ein solches Mittel ist das Bornyval, eine Kombination des Baldrianöles und der Baldriansäure, hergestellt von der chemischen Fabrik Riedel. Dr. v. Boltenstern hat nach der „Deutschen Ärztezeitung“ das Bornyval häufig auf dem Gebiete der Hysterie verordnet. Besonders deutlich trat die beruhigende Wirkung des Bornyvals bei Angst und Aufregungszuständen, bei reiner Herzangst mit leichter Tachykardie, bei solcher in Verbindung mit Wein- oder Lachkrämpfen und bei anderen Aufregungs- und Krampfzuständen zutage. Herzbeklemmung und Herzklopfen werden von den anderen Autoren als Erscheinungen bezeichnet, welche durch Bornyval günstig beeinflußt wurden. Auch bei anderen hysterischen Erscheinungen, wie Lingultus, Tachypnoe nach Aufregungen und Anstrengungen, Tremor der Hände und der Zunge verschwanden auf Bornyval. Bornyval wird selbst von empfindlichen Patienten gerne genommen, immer gut vertragen und zeigte nie unangenehme Nebenwirkungen.




Sorisin
Syr. Kal. Sulfo-Guajacol.
Laut Ministerialerlaß vom 26. Dezember 1904 bewilligt.
Gesetzlich geschützt.


Digitized by Google

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor
Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22162
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
o. ö. Universitätsprofessor **Dr. J. Nevinny** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 15. Wien, 13. April 1907. Nr. 15.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Entwicklung der modernen Immunitätslehre.

Von **Dr. S. Löw.**

Dem praktischen Arzt fehlt es in der Regel an Zeit und Sammlung, der Entwicklung der Theorien der medizinischen Wissenschaft zu folgen; er ist zufrieden, wenn er mit den Fortschritten der medizinischen Praxis auf gleichem Fuß bleibt. Aber Theorie und Praxis greifen zu innig ineinander ein, als daß sich nicht die Vernachlässigung des einen Teiles an dem anderen rächte. Besonders gilt dies von der modernen Immunitätslehre, an deren Aufbau mehrere medizinische Schulen arbeiten und die fast von Woche zu Woche neue Tatsachen ans Licht fördert, deren Folgen tief ins praktische Leben einschneiden. Umso lebhafter muß man eine populäre Zusammenfassung der Lehre begrüßen. Sie geht von den alten Erfahrungen aus, die der Impfung bei den Blattern zugrunde lagen. Man hatte beobachtet, daß sie in der Regel den Menschen nur einmal befallen, und daß auch milde verlaufende Fälle dieser Krankheiten Schutz vor späterer Erkrankung verleihen. Durch Einverleibung der Krankheitserreger in milderer Form führte man eine aktive Immunisierung (Giftfestigkeit) des Körpers herbei. Durch Tierpassage, physikalische oder chemische Einwirkung, Austrocknung oder Erhitzung wurde die notwendige Abschwächung des Krankheitsgiftes erzielt. Darauf beruht die Impfung bei Lyssa, Schweinerotlauf, Hühnercholera, Cholera und Typhus; auf dieser Bahn bewegen sich auch die Versuche zur Impfung bei Pest und Ruhr.

Ein weiterer Fortschritt war die passive Immunisierung. Sie besteht im Gegensatze zu der aktiven Immunisierung, bei der der menschliche Körper selbst zur Bildung der Antitoxine angeregt wird, darin, daß dem menschlichen Körper im Tierleibe entwickelte Antitoxine fertig geboten werden. Das ist der Fall bei der Serumtherapie der Diphtherie. Behring und Ehrlich stellten fest, daß das Blutserum künstlich immunisierter Tiere die Immunität auf andere Tiere zu übertragen vermag. Durch steigende Giftdosen werden nun Tiere hochimmunisiert und ihr Serum zur Übertragung der Immunität verwendet, indem die im Serum enthaltenen Antitoxine die Toxine der Diphtheriebazillen unwirksam machen.

Im folgenden referiere ich nun einen übersichtlichen Artikel Fürmtratts in der Wiener klinischen Wochenschrift, der die weitere Entwicklung der Lehre sehr klar darstellt. Die Beobachtung, daß die Giftigkeit einer Diphtheriebouillon bei längerem Stehen bedeutend abnimmt, ohne daß aber gleichzeitig das Bindungsvermögen dieser Diphtheriebouillon für das Antitoxin abnimmt, führte Ehrlich zur Annahme, daß das Giftmolekül verschiedene Atomkomplexe besitzen müsse. An dem einen ist die toxische Wirkung geknüpft, an dem anderen die antitoxinbindende. Der erstere Atomkomplex, den Ehrlich „toxophore Gruppe“ nennt, geht bei längerem Aufbewahren einer Toxinlösung allmählich zugrunde, während die andere, die „haptophore Gruppe“, bestehen bleibt. Diese resistentere Gruppe im Toxinmolekül nennt Ehrlich „Toxoid“; es ist ein unwirksam gewordener Abkömmling des Toxins.

Die Vorstellung, daß ein Toxin nur durch Vermittlung besonderer haptophorer Gruppen mit seinem Antitoxin in Verbindung trete, führte Ehrlich zur Annahme, daß eine Organzelle auch nur dann von einem bestimmten Toxin geschädigt werden könne, wenn ihr Zellprotoplasma gewisse Atomgruppen besitzt, welche in die haptophore Gruppe des Toxins einpassen. Erst durch den Besitz solcher zur Aufnahme der haptophoren Gruppe geeigneter „Rezeptoren“ wird eine Zelle für das betreffende Gift empfänglich. Ehrlich stellt daher die Theorie auf, daß das Zellprotoplasma außer seinem physiologisch charakterisierten Leistungskern noch andere Atomgruppen besitzt, die er Rezeptoren oder „Seitenketten“ nennt; diese seien unter normalen Verhältnissen insbesonders für die Bindung, Verdauung und Assimilation von Nährstoffmolekülen bestimmt, können sich aber gegebenenfalls auch mit einem Toxin verankern, wodurch für die Zelle eine krankhafte Störung resultiert.

Durch diese Ehrlichsche „Seitenkettentheorie“, so vielumstritten sie auch ist, wurden mit einem Schlage viele feinere Vorgänge im Zelleben unserem Verständnis nähergerückt.

Kommt eine Zelle, deren Rezeptoren sie für die Einwirkung eines Toxins empfänglich machten, mit dem Leben davon, so wird sie ihre durch die Erkrankung chemisch veränderten Plasmateilchen, das sind die befallenen Rezeptoren, eliminieren und durch neue ersetzen. Nach einem von Weigert begründeten biologischen Gesetze erfolgt unter dem Reize des Giftes sogar eine Überregeneration von neuen derartigen Rezeptoren; die überschüssig gebildeten werden



aber von der Zelle abgestoßen und gelangen in den Kreislauf. Im zirkulierenden Blute sind nun diese Rezeptoren imstande, jenes Toxin, dessen haptophore Gruppe sich mit ihnen verankern kann, abzufangen und selbes dadurch von den giftempfindlichen Organzellen fernzuhalten. Da aber nur jenes Toxin, welches ursprünglich die Schädigung der Zelle verursacht hatte, die passende haptophore Gruppe besitzt, so erklärt sich hiedurch ganz ungezwungen die Spezifität des im Immunserum vorhandenen Antitoxins; dieses ist ja nach Ehrlichs Theorie identisch mit den abgestoßenen Zellrezeptoren.

Außer gegen Diphtherie gelang es auch noch, gegen Tetanus ein antitoxisches Heilserum darzustellen, welches das Tetanustoxin in vitro völlig zu entgiften imstande ist. Die praktischen Erfolge bei der Anwendung dieses Serums stehen jedoch hinter denen bei Diphtherie weit zurück, da man eben mit der Anwendung meist schon zu spät kommt. Nach Meyer und Ramsom erfolgt die Resorption des Tetanusgiftes von der infizierten Wunde aus auf der Bahn der motorischen Nerven, u. zw. mit erstaunlicher Schnelligkeit; das Tetanusantitoxin hingegen wird nur durch Vermittlung der Lymphbahnen in das Blut aufgenommen und erst mit diesem dem Zentralnervensystem zugeführt. Es wurden daher für das Tetanusantitoxin verschiedene Anwendungsarten versucht mit der Absicht, einen rascheren Eintritt der Wirkung zu erzwingen. Der praktische Wert des Tetanusserums liegt gegenwärtig nur in seiner prophylaktischen Anwendung. Insbesonders bei Pferden, die gegen Tetanus ungeheuer empfindlich sind, berichtet Nocard in dieser Beziehung über sehr schöne Erfolge.

Das Tetanusgift hat für die Immunitätsforschung eine besondere Bedeutung dadurch erlangt, weil die Ehrlichsche Seitenkettentheorie in den interessanten Bindungsverhältnissen dieses Giftes eine schöne experimentelle Stütze fand. Da die klinischen Symptome des Tetanus alle auf das Zentralnervensystem zu beziehen sind, so ist anzunehmen, daß das Tetanustoxin eine besondere Affinität zu den Zellen des Zentralnervensystems besitzt. Wie Wassermann zuerst zeigte, ist nun eine Hirn- oder Rückenmarksemulsion tatsächlich imstande, wenn sie einer tetanusgifthaltigen Bouillon zugesetzt wird, dieser das Gift zu entreißen und dadurch vollständig zu entgiften. Andere Organe, selbst tetanusempfindlicher Tiere, besitzen diese entgiftende Kraft aber nicht. Nach Ehrlich gesprochen, besitzen die Zellen des Zentralnervensystems Rezeptoren, welche in die haptophore Gruppe des Tetanusgiftes einpassen. Dieselben Rezeptoren sind aber auch im Antitetanusserum enthalten, welches ja einer Tetanusgiftlösung beigemischt, diese ebenso entgiftet wie ein Hirnbrei.

In gleicher Weise, wie man Versuchstiere gegen die Toxine der Diphtherie und des Tetanus immunisieren kann, gelingt es auch, gegen einige pflanzliche Eiweißgifte Immunität zu erzeugen. Ehrlich immunisierte Kaninchen gegenüber Rizin, jenem Blutgift, das im Preßrückstand der Rizinusbohne enthalten ist, dann gegen Abrin, dem Gifte der Jequirity- oder Paternosterbohne Abrus precatoria und gegen einige andere Pflanzengifte. Das Blutserum solcher immunisierten Tiere schützt andere Tiere vor der tödlichen Wirkung der betreffenden Gifte. Dabei ist, wie Römer zeigte, das Antiabrinserum imstande, auch bei konjunktivaler Einträufelung die durch das Jequirityinfus hervorgerufene Augenentzündung zu mildern, wodurch die Augenärzte in den Stand gesetzt sind, die Jequiritytherapie des trachomatösen Pannus nach Bedarf einzurichten. Auch hier ist die Wirkung eines jeden Immunserums streng spezifisch. Abrinserum wirkt nur auf Abrin, Rizinserum nur auf Rizin. Wie man sich ausdrückt, hat ein Antitoxin zu nichts anderem in der Welt eine Beziehung als zum betreffenden Toxin; Toxin und Antitoxin müssen zueinander passen wie ein Schlüssel zu seinem zugehörigen Schlosse.

Hieran reiht sich die Serumbehandlung des Heufiebers. Auch gegen tierische Eiweißgifte lernte man durch zuerst schwache und dann immer stärkere Giftdosen allmählich immunisieren. Das Blutserum der vorbehandelten Tiere enthält dann immer das betreffende Antitoxin. So bereitete Calmette ein Schlangengiftserum, das gegen den Biß der verschiedensten Giftschlangen verwendbar ist, Sachs stellte das Gift und Gegengift der Kreuzspinne dar.

Antitoxinhaltige Seren wurden schließlich noch hergestellt gegen die Wurstvergiftung (Botulismus) und gegen die bazilläre Ruhr. Das von Kempner durch Vorbehandlung von Ziegen mit filtrierten Bouillonkulturen des Bacillus botulinus gewonnene Serum wurde beim Menschen allerdings kaum noch praktisch verwertet; über das von Paltauf hergestellte antitoxische Ruhrheilserum liegen jedoch schon jetzt sehr günstige Erfahrungen vor.

Nach den glänzenden Erfolgen, welche die Serumtherapie der Diphtherie seit zirka 10 Jahren aufweist, soll es uns eigentlich wundernehmen, daß die Reihe der Krankheiten, gegen die wir eine wirksame Serumbehandlung besitzen, eine noch so kleine ist. In vielen Fällen gehen eben die als Blutspender herangezogenen Tiere zugrunde, bevor es bei ihnen zur Bildung einer „Grundimmunität“ gekommen ist; in anderen Fällen wieder ist die ausgelöste Antitoxinbildung eine so geringe, daß das gewonnene Serum zu wenig Heilkraft besitzt, um greifbare Erfolge zu zeigen. So günstig wie bei der Diphtherie liegen eben die Verhältnisse bezüglich einer raschen und ausgiebigen Produktion von Antitoxin durch den Pferdeorganismus nicht leicht wieder. Dennoch brachten uns die Bemühungen, für verschiedene Infektionskrankheiten wirksame Seren darzustellen, wenigstens in anderer Richtung schon bis jetzt einige, auch praktisch wichtige Ergebnisse.

Pfeiffer machte die Beobachtung, daß jene Seren, welche bei Vorbehandlung von Tieren mit abgetöteten Bakterienleibern gewonnen werden, nicht antitoxisch, sondern vielmehr bakterizid, das heißt bakterientötend wirken. Ein solches Serum ist nämlich imstande, wenn es zugleich mit virulenter Kultur in die Bauchhöhle eines Meerschweinchens eingespritzt wird, die betreffenden Bakterien zu raschem, körnigem Zerfall zu bringen, sie gewissermaßen aufzulösen. „Bakteriolysine“ nennt Pfeiffer die in einem solchen bakteriziden Serum enthaltenen spezifischen Antikörper. Versuchstiere, denen man z. B. eine virulente Cholerakultur zugleich mit einem bakteriziden Choleraimmunserum einspritzt, gehen nicht zugrunde. In gleicher Weise erliegen Tiere, welche durch Injektionen von abgetöteten Cholerabazillenleibern genügend immunisiert wurden, nicht einer nachherigen Infektion mit virulenter Cholerakultur. Da die Bakteriolysine in ihrer Wirkung streng spezifisch sind, also ein bakterizides Choleraserum nur Choleravibrionen, ein Typhusserum nur Typhusbazillen aufzulösen imstande ist usw., so wird der Eintritt einer Bakteriolyse zur exakten Bakteriendiagnose oft herangezogen; dies ist der sogenannte Pfeiffersche Versuch.

Die Bakteriolysine auch für die Zwecke der Therapie nutzbar zu machen, dahin ging begreiflicherweise das nächste Bestreben. Man konnte ja hoffen, durch Einverleibung eines bakteriziden Serums die in einem Organismus vorhandenen lebenden Krankheitserreger abzutöten und so dem Organismus auf dem direktesten Wege Schutz vor denselben — also eine passive Immunität — zu verleihen. Daß sich diese Hoffnung nicht ohne weiteres erfüllte, hat seinen Grund zunächst in der eigentümlichen Struktur der Bakteriolysine. Pfeiffer hatte ursprünglich angenommen, daß die bakteriziden Seren ihre Wirksamkeit nur im Tierkörper entfalten können, da er im Reagenzglas keine wesentliche bakterientötende Kraft nachweisen konnte. Da zeigten Metchnikoff und Bordet, daß ein bakterizides Immunserum auch außerhalb eines Tierkörpers, in vitro, dadurch wirksam gemacht werden kann, daß man ihm ein wenig frisches, gewöhnliches Blutserum (Normalserum) zusetzt, das an und für sich gar nicht bakteriolytisch wirkt. Bald erkannte man, daß ein Immunserum auch in vitro bakterienlösende Kraft



äußert, sobald es ganz frisch gewonnen ist und daß es erst durch längeres Stehen seine Wirksamkeit verliert. Bordet zeigte ferner, daß man einem frischen Immunserum durch Erhitzen auf 60° seine bakterizide Kraft nehmen kann; auch in diesem Falle wird das unwirksam gemachte Serum durch Zusatz einer geringen Menge Normalserums wieder vollständig wirksam. Es zeigte sich also, daß in einem bakteriziden Serum zwei verschiedene Substanzen vorhanden sein müssen, eine durch längeres Stehen oder durch Wärme zerstörbare und eine haltbare, wärmebeständige Substanz. Erst durch das Zusammenwirken beider Substanzen kommt die bakteriolytische Wirkung zustande. Die Bakteriolysine sind, wie man sich ausdrückt, „komplexe" Substanzen.

Die Wirkungsweise solcher komplexer Substanzen, sowie die Eigenschaften ihrer beiden Komponenten wurden ursprünglich bei den Hämolysinen studiert. Spritzen wir einem Tiere, z. B. einem Kaninchen, mehrere Kubikzentimeter defibriniertes Blut einer anderen Tiergattung, z. B. eines Meerschweinchens, unter die Haut, oder besser intraperitoneal ein, so hat nach Ablauf mehrerer Tage das Serum unseres vorbehandelten Kaninchens die Fähigkeit gewonnen, die roten Blutkörperchen des Meerschweinchens aufzulösen.

Diesen Vorgang nennt man Hämolyse, jene Substanzen des Immunserums, welche die Lösung der roten Blutkörperchen zustande bringen, Hämolysine (oder auch Hämotoxine). Die gleiche blutlösende Kraft konnte man im Serum jeder beliebigen Tierart nachweisen, der man vorher die Blutkörperchen einer anderen Tierspezies einverleibt hat. Dabei sind die entstehenden Hämolysine immer streng spezifisch, d. h. sie lösen nur die Blutkörperchen jener Tierart, deren Blut zur Vorbehandlung gedient hatte.

In gleicher Weise wie die bakteriolytischen werden nach Versuchen Bordets auch die hämolytischen Sera durch Erwärmen auf 60° oder durch längere Aufbewahrung unwirksam, können aber durch Zusatz einer geringen Menge frischen Normalserums wieder hämolytisch wirksam gemacht werden. Man nennt diesen Vorgang: Inaktivieren und Reaktivieren eines Immunserums. Den Ausdruck „Immunisieren" gebrauchen wir jetzt nicht nur für das Vorbehandeln mit Bakterien, Bakterienprodukten und Eiweißgiften, sondern auch für die Vorbehandlung mit jeder beliebigen, eine Antikörperbildung auslösenden Substanz, also auch für die Vorbehandlung mit roten Blutkörperchen.

Die Hämolyse beruht auf dem Zusammenwirken von zwei Substanzen, einer, welche die Erwärmung auf 60° aushält und welche nur in dem durch Vorbehandlung gewonnenen Serum enthalten ist, und einer Substanz, welche bei der Erwärmung auf 60° zugrunde geht und die auch bereits in dem Serum des normalen, nicht vorbehandelten Tieres sich befindet. Nun kannte man schon von früher her, hauptsächlich durch die Arbeiten Buchners, im Normalserum gewisse aktive Substanzen, welche befähigt sind, Bakterien und fremdartige Zellen zu zerstören. Diese Schutzstoffe nennt Buchner Alexine; sie sind thermolabile, fermentähnlich wirkende Körper. Bordet behielt die Bezeichnung Alexino für jenen nicht hitzebeständigen Körper des Serums bei, der bei der Hämolyse mit in Tätigkeit tritt; die zweite zur Hämolyse erforderliche Substanz nennt er „Substance sensibilisatrice"; sie macht das Blutkörperchen erst für die Einwirkung des Alexins empfindlich.

(Schluß folgt.)

Die bisherigen Erfolge meiner unblutigen Behandlung des Krebses und die „Autoritäten".

Von Prof. Dr. **Albert Adamkiewicz.**

(Schluß.)

Die Fülle tatsächlichen Materiales und wissenschaftlicher Arbeit, welche diese Ausweise und die früheren Tabellen umfassen, kann als ein zuverlässigerer Bürge der Wahrheit erscheinen.

Und doch geben die obigen Zusammenstellungen nur ein unvollkommenes Bild von den bisherigen Erfolgen meiner Methode.

Denn sie enthalten die Berichte jener großen Anzahl von Ärzten nicht, die in Sachen des Krebses noch heute nichts oder nur falsches vom Kankroin wissen.

Es fehlen ihnen ferner die Berichte derer, die über gute Erfolge verfügen, aber den Mut nicht finden, sie im Interesse der Allgemeinheit der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.

Zieht man dies alles in Rechnung, — füge ich noch besonders hinzu, daß das Kankroin in den meisten Fällen von Krebs mit einer Präzision und Exaktheit günstig einwirkt, welche ihm geradezu den Charakter eines Spezifikums erteilt, — so muß zugegeben werden, daß der Beweis mehr als zur Genüge erbracht ist, daß „das Kankroin den Krebs heilt oder zum wenigsten das Wachstum des Krebses aufhält".

Ist das aber der Fall, dann liegt gerade diejenige Leistung vor, welche von autoritativer Seite mündlich und schriftlich „als die größte Tat auf medizinischem Gebiet zu preisen und sogar mit ‚goldenen Statuen' zu belohnen" versprochen worden ist.

Was gibt Denen, im Vertrauen zu welchen ich für meine Sache Ehre und Zukunft aufs Spiel gesetzt habe, nunmehr das Recht, die angeblich mit Sehnsucht von ihnen erwartete Tat, nachdem sie stark genug gewesen ist, trotz aller Hindernisse und ohne ihre zwar versprochene, aber schlimmer als nicht gewährte Hilfe sich selbst durchzusetzen, jetzt, da dies geschehen ist, erst recht zu drangsalieren und derart planmäßig zu diskreditieren, daß ihr die gebührende und längst schuldige Anerkennung böswillig vorenthalten und dadurch das „wissenschaftliche Freibeutertum" direkt ermutigt wird, sich an meinem Besitz zu vergreifen!

Im Namen der gekränkten Arbeit, der betrogenen Wissenschaft, der verratenen Menschlichkeit stelle ich diese Frage!

Eine zweite, nicht minder traurige Tatsache blickt brennenden Auges aus beiden Tafeln hervor.

Sie ist angefüllt mit Namen von ehrbaren praktischen Ärzten aus Stadt und Land, die es ersichtlich freut, über das Kankroin etwas gutes sagen und mit seinen seit Menschengedenken so sehnsüchtig, aber vergeblich erwarteten Erfolgen unglückliche, verzweifelte Menschen — und damit sich selbst beglücken zu können.

Aber es glänzen durch ihre Abwesenheit in diesen Verzeichnissen die Namen derer, welche der Welt gemeinhin als „Autoritäten" angepriesen werden.

Nur eine ziert ihre Reihen. Und diese eine hat sich nicht etwa damit begnügt, eine laue, passive oder gar erzwungene Zeugenschaft für das Kankroin abzulegen, sie hat aus freien Stücken mit Mut ihrer Überzeugung für die Wahrheit Ausdruck gegeben und nicht nur prophetisch den Sieg meiner Sache verkündet, sondern sogar ausdrücklich erklärt, „daß alle zukünftigen Forschungen über den Krebs — folglich sowohl die ehrlichen wie die unehrlichen — von meinen Gedanken und Arbeiten ausgehen würden und ausgehen müßten".

Dieser eine war Maragliano[1]), der bekannte Genueser Kliniker, der die Mühe nicht gescheut hat, sogar zweimal jenem edlen Bunde[2]) ins Gesicht zu leuchten, der es nun einmal beschlossen hat, meine Arbeiten entweder als ihr Eigentum zu erklären oder, wenn das mißlänge, sie zu vernichten.

Die Tatsache des freien und mutigen Auftretens, wenn auch nur Eines Mannes, aber einer wirklichen Autorität, in meiner Sache, gegen die verschworene Masse kleiner und abhängiger Geister, erinnert zunächst an ein ähnliches Vorkommnis aus der ersten Periode meiner für die Erkenntnis des Krebses geführten Kämpfe.

[1]) Ancora sulla Cancorina. Gazetta degli ospedali e dalle cliniche, August 1902.

[2]) Vgl. meine Broschüre: Der Krebs und die goldene Statue, 1905.



Es war im Jahre 1890, als ich gegen die herrschende, von Virchow begründete Lehre, die Krebszelle sei ein „Epithel“, mit der wohl erwiesenen Ansicht auftrat, die Krebszelle sei kein Epithel, sondern ein Tier. Damals erhob sich ein Sturm der Entrüstung in den Reihen der zünftigen „Autoritäten“ und drohte, jeden zu vernichten, der sich dieser Ketzerlehre anschließen würde.

Auch damals erhob sich nur Ein Mann und stellte sich ruhig dem Sturm entgegen. Aber dieser eine Mann kannte die Protozoen, war eine Autorität auf dem Gebiete der einzelligen Tiere und hieß L. Pfeiffer (Weimar).

Nachdem er sich meine Präparate hatte schicken lassen, schrieb er mir am 29. März 1893 von ihrer „wunderbaren Schönheit“, freute sich derselben und teilte mir mit, daß er eine wissenschaftliche Reise unternehme, um für die „neue Lehre“ Propaganda zu machen.

In seinen bald darauf erschienenen „Untersuchungen über den Krebs“ [3]) aber schrieb er wörtlich:

„Unserer Auffassung nach hat **Adamkiewicz** den hochwichtigen Beweis erbracht, daß Krebszellen auf einem passenden Nährboden (das lebende Kaninchengehirn) zunächst sich vermehren, im Zoosporenwachstumstadium wandern und Gift bilden.“

Ferner: „Die **Adamkiewicz**sche Auffassung des Karzinomprozesses wird durch unsere Beschreibung eine wesentliche Stütze erfahren.“

Heute, nach 16 Jahren eines von meinen Gegnern mit allen Mitteln der List, der Gewissenlosigkeit und der entfesselten Leidenschaften, in der Geschichte der Zivilisation beispiellosen Wandalenfeldzuges gegen meine Forschungsergebnisse, ist die von diesen angebahnte Erkenntnis nicht nur eine anerkannte wissenschaftliche Wahrheit, sondern zugleich auch eine wichtige historische Tatsache geworden. Und diejenigen, welche diese Wahrheit dereinst geschmäht, verfolgt und verfehmt haben, sie waren es selbst, welche am 25. September 1906 die denkwürdige sogenannte „Internationale Krebskonferenz“ zu Heidelberg arrangiert haben, nicht nur um diese von mir gefundene Tatsache als ein geschichtliches Ereignis mit besonderem Glanz zu feiern, sondern gleichzeitig auch mit bewußter Unterdrückung der historischen Wahrheit sie als ihr geistiges Eigentum zu proklamieren. [4])

Ist auf diesem, wenn auch verschlungenen Wege der objektive Beweis erbracht worden, daß die von der Virchowschen Schule im Jahre 1902 unter dem Druck meiner therapeutischen Erfolge abgegebene Meinungsäußerung, „Die Wirksamkeit meiner Methode müsse zugegeben werden, die Richtigkeit meiner Krebstheorie aber nicht“ bezüglich des zweiten Punktes definitiv widerlegt, — so gestattet die Analogie der Umstände, unter denen sich die Erkenntnis bezüglich der Natur der Krebszellen Bahn gebrochen hat, analoge Schlüsse auch bezüglich des Kankroins.

Ist demnach die von mir nachgewiesene, von den verbündeten Autoritäten bekämpfte, aber von einem, aber wirklichen Forscher verteidigte Tiernatur der Krebszelle heute eine anerkannte wissenschaftliche Wahrheit.

Es soll daran erinnert werden, daß das Kankroin der Stempelung weder ehrlicher noch unehrlicher, noch solcher „Autoritäten“ mehr bedarf, welche neue Forschungsergebnisse angeblich aus „Skepsis“, — in Wirklichkeit aber aus sträflicher Liebe verfolgen und daß ein Erlaß des Ministeriums des Innern vom 29. Juli 1903, also ein hochamtliches Zeugnis, vorliegt, nach eingehendster Prüfung meiner Materien erklärt hat, 1. daß der Injektionsbehandlung mit Kankroin unterzogene Krebsleidende der gebildeten Gesellschaftsklassen und namhafte in- und ausländische Ärzte ein günstiges Urteil über die oft nur teilweise, zuweilen jedoch vollkommen befriedigenden Erfolge dieser Behandlung zum Ausdrucke gebracht haben; 2. daß den Ärzten dringend empfohlen werden müsse, sich mit meiner Methode „ernst und objektiv“ zu befassen und 3. daß die Notwendigkeit vorliege, zur Behandlung von Krebskranken nach meiner Methode eine Stätte zu gründen und sie meiner Leitung zu übergeben.

Es ist bekannt, daß dieselben „Autoritäten“, die sich zu einer rücksichtslosen Gegnerschaft gegen meine Forschungsergebnisse verbunden haben, in ihrer Verblendung auch die wohlgemeinten Pläne des Ministeriums durchkreuzt, die Urteilsfähigkeit der höchsten Behörde im Reiche desavouiert und damit zugleich auch dessen Ansehen um so empfindlicher geschädigt haben, als das gesamte Ausland den Anregungen meiner Entdeckung und des österreichischen Ministeriums bereits mit größtem Eifer gefolgt ist — und natürlich auch die Früchte dieser österreichischen Initiative ernten wird.

Denn was sind die mit so fieberhaftem Eifer überall und erst kürzlich auch in Paris in unmittelbarem Anschluß an meinen in der dortigen Akademie der Medizin am 23. Oktober 1906 gehaltenen Vortrag ins Leben gerufene Krebsinstitute anderes, als sichtbare Denkmäler einer unsichtbaren Anerkennung, einer schreienden Ausbeutung und eines empörenden Undankes, deren sich die maßgebenden, auf ihre Würde eingebildeten Kreise in so unwürdiger Weise mir gegenüber schuldig gemacht haben!

Die fieberhafte Errichtung von Krebsanstalten im Auslande ist nicht die einzige Tatsache, die diese Klage rechtfertigt.

Bekanntlich ist in einem findigen Kopfe, dem die durch mich und zu seinem Leidwesen nicht ohne Erfolg aufgerollte Krebsfrage schon viel zu schaffen gemacht hat, der geniale Gedanke entstanden, das von mir bereits gelöste Krebsproblem — noch von einem anderen ehrlich lösen zu lassen[5]).

Eine große Summe wurde gestiftet. Und im März des Jahres 1906 erfuhr die entzückte Welt:

1. daß in Ratten und Mäusen sich ein Krebs entwickeln kann, — eine „Entdeckung“, die Hanau[6]) schon vor 20 Jahren gemacht hat und

2. daß dieser Krebs ein Tier ist und Gift bildet, — eine Tatsache, über die L. Pfeiffer bereits im Jahre 1893 sich folgendermaßen geäußert hat: „Unserer Auffassung nach hat **Adamkiewicz** den hochwichtigen Beweis erbracht, daß Krebszellen auf einem passenden Nährboden wandern, sich vermehren und Gift bilden“.

Wie man meine Krebstheorie, die man einer solchen, in der Geschichte der Verirrungen einzig dastehenden, ihre Urheber für immer kennzeichnenden Enteignung für wert hielt, vorher verfolgt, beschimpft und verhöhnt hat[7]); in welch' empörender Weise man sich an dem, der seinen geistigen Besitz gegen solche Unbilden zu schützen die Pflicht hatte, zu rächen versuchte[8]); wie man die hiebei begangenen Verbrechen in der Folge zu decken, die Missetäter zu retten unternahm[9]) und dieser Rettung zuliebe das Recht gebeugt, gewichtige Stimmen eines Ministeriums[10]) und einer gesetzgebenden Körperschaft[11]) mißachtet und Wissenschaft und Menschlichkeit verraten hat: — das habe ich zwar wiederholt, aber erfolglos geschildert, das wird aber noch Gegenstand einer ausführlichen Darlegung durch die Geschichte werden, für die sie ebenso einen Markstein der wissenschaftlichen Forschung, als der menschlichen Entartung bedeuten wird.

[3]) Jena 1893, S. 110. Fischer.

[4]) „Daß man Ihre Entdeckungen sechzehn lange Jahre unterdrückte, um sie dann zu — stehlen“, schrieb mir ein Kollege, „erfüllt mich mit Grauen und Abscheu.“

[5]) Vergl. meine Broschüre: Der Krebs und die goldene Statue. Wien 1905, S. 17.

[6]) Meine: Untersuchungen über den Krebs. S. 7.

[7]) Flugblatt 1893.

[8]) Clique und Wissenschaft. Neue Revue. 1896.

[9]) Wissenschaft und Verbrechen. Wien. 1899.

[10]) Der Krebs und die „goldene Statue“. Wien 1905.

[11]) Der oberste Leiter des Sanitätswesens in Österreich, Herr Ministerialrat v. Kuzy, der sich mit so viel Eifer und so wenig Erfolg um meine Sache verdient gemacht hat, richtete an mich im Herbst 1902 folgende bemerkenswerte Zeilen:



Aber auch das hier nur angedeutete genügt, zu zeigen, vor welch' tiefem Abgrund die Wissenschaft steht, welch' schwere Gefahren sie bedrohen und wie groß daher die Pflicht ist für alle Gutgesinnten, sich zusammenzutun, damit in den Abgrund nicht welk versinke die edelste Blüte des menschlichen Geistes — die Wissenschaft, die nicht nur aller idealen Güter des Menschen höchstes ist, sondern die auch noch Ehre und Reichtum bedeutet für das Land, in welchem sie gepflegt und geschützt wird.

Ich erfülle daher nicht nur eine ideale, nicht nur eine humanitäre, sondern auch eine patriotische Pflicht, wenn ich mich zu folgender Erklärung entschließe.

Mit der furchtbaren Waffe des Vertrauens ausgerüstet, das die Welt gewissen, vom Staate verliehenen Stellungen entgegenbringt, weiß es eine gewisse Sorte von durch solche Stellungen zu „Autoritäten“ avancierten Glücksrittern der medizinischen Wissenschaft, wo sie am gefährlichsten sind, dieses Vertrauen zu täuschen und ihrer Eigenliebe und ihrer aus derselben sich ergebenden Unduldsamkeit gegen alles Bessere Wissenschaft, Allgemeinwohl und selbst das Ansehen des Staates zu opfern, dem sie alles verdanken und der sie — das Wort mit dem Begriff der „Autorität“ verwechselnd — schützt, obgleich sie ihm schaden. Ihre Schädlichkeit schafft Episoden in der Geschichte der Menschheit, vor denen der Genius der Geschichte beschämt sein Haupt verhüllt und die, wie beispielsweise die Episode Semmelweiß, die Stirn ihrer Urheber mit einem unverlöschlichen Schandmal brandmarkt.

Vor der Wiederholung solcher Episoden das reine Antlitz der Wissenschaft zu schützen, ist der Gebildeten, ist des Staates ist der Menschheit heiligste Pflicht.

Sie wird dort unaufschiebbar, wo jeder Augenblick Verzug die Marter unglücklicher Menschen verlängert.

II. Referate.

Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit. Von Prof. H. Kuhr, Halberstadt.

Die folgenden Ausführungen entstammen einem Vortrage, den Kuhr im Zyklus von Vorträgen über „Grenzgebiete in der Medizin“ gehalten hat und bringen wir im folgenden hauptsächlich die Ansichten K.s über die interne Therapie der Gallensteinkrankheit. Wenn man frägt: Wann ist ein Gallensteinkranker geheilt? so muß die Antwort darauf lauten: Nicht wenn er seine Schmerzen und seinen Ikterus los ist, der Tumor der Gallenblase und die Leberschwellung geschwunden ist und einige Steine abgegangen sind, sondern erst dann, wenn folgende drei Bedingungen erfüllt sind. 1. Auflösung resp. Entfernung sämtlicher Steine und Steintrümmer. 2. Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Gallenwege. 3. Beseitigung der die Infektion der Galle unterhaltenden Mikroben und der durch diese bedingten entzündlichen und geschwürigen Veränderungen der Schleimhaut im Gallensystem.

Auf welche Weise und durch welche Mittel ist der innere Mediziner imstande, diese drei Bedingungen zu erfüllen? Ist es, so müssen wir uns in erster Linie fragen, zurzeit möglich, die Gallensteine aufzulösen oder ihre Ausstoßung durch gallentreibende Mittel zu befördern? K. antwortet darauf auf Grund seiner Erfahrungen mit einem entschiedenen Nein.

Die Auflösung der Steine spielte von jeher eine große Rolle, aber weniger in den Kreisen der Ärzte als in denen der Kranken. Die Ärzte, die an eine Auflösung der Gallensteine glauben, sind bald aufgezählt. Daß auch die Kranken an das Märchen von der Auflösungsmöglichkeit der Steine glauben, kann uns nicht wundern. Fast jeder Kranke fährt nach Karlsbad in der Hoffnung, daß der heiße Sprudel die Steine auflöst, wenigstens weicher und zum Abgang geeigneter macht. Und merkwürdig, in Karlsbad selbst werden die Kranken in diesem Glauben nur bestärkt, obgleich wohl kaum ein Karlsbader Arzt an diese Zauberkraft der böhmischen Thermen glaubt. Kuhr hat bei seinen zahlreichen Gallensteinoperationen drei- oder viermal Zeichen der Auflösung an den herausgenommenen Steinen gefunden; es waren aber immer nur Fälle mit schwerer Infektion in der Gallenblase und im Choledochus. Von seinen 1100 Operierten waren bestimmt 400 in Karlsbad gewesen — manche zehnmal und öfters. Bei keinem einzigen zeigten hier die Steine auch nur die geringste Spur einer Auflösung. Es scheint aber durch die Einwirkung von Infektionskeimen, also durch Bakterientätigkeit, eine Schmelzung der Konkremente zustande zu kommen, so daß man in einzelnen Fällen nicht nur angenagte Steine findet, sondern Haufen übelriechenden Schlammes, dessen Transport durch den Choledochus in das Duodenum weit schwerer gelingen dürfte, als der von festen und gut schiebbaren Konkrementen. Man kann also mit der Möglichkeit der Auflösung der Steine nicht rechnen. Wo sie eintritt, schafft sie Verhältnisse, die erst recht eine Ausheilung der Cholelithiasis erschweren, ja Zustände heraufbeschwören, die das Leben des Kranken in große Gefahr bringen. Meine Ansichten über die Auflösungsbemühungen der Gallensteine decken sich vollständig mit denen, die Naunyn im fünften Heft des 14. Bandes der Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie ausgesprochen hat, so daß K. es für unnötig halte, hier weiter diese Frage zu erörtern.

Ebensowenig halte er von der gallentreibenden Kraft einiger Arzneimittel. Auch in dieser Beziehung stimme er mit Naunyn völlig überein.

Aber selbst gesetzt den Fall, wir verfügten über Mittel, denen eine cholagoge Kraft innewohnt, so müßten doch die Steine durch ihre Größe sich für die Ausstoßung durch die enge Papille eignen. Die Erfahrung hat aber gezeigt, daß Gallensteine oft recht große Gebilde sind, viel größer, als man allgemein annimmt.

Eine Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Gallenwege erreichen wir nicht allein dadurch, daß alle Steine entfernt sind. Es kann der Stein, der abgegangen ist, im Hals der Gallenblase oder im Ductus cysticus ein dekubitales Geschwür hervorgerufen haben, welches später durch Narbenbildung zur Heilung kommt. Ist die Narbe ringförmig, so entsteht eine Obliteration des Ductus cysticus. Es kann anscheinend eine Heilung eintreten, wenn der Inhalt in der nunmehr aus dem Gallensystem ausgeschalteten Gallenblase steril bleibt. Ist das nicht der Fall, so kommt es auch, ohne daß noch ein Stein vorhanden ist, zu immer wieder auftretenden Entzündungen in der Gallenblase. Daß aber gegen die Obliteration des Ductus cysticus die interne Behandlung machtlos ist, bedarf keiner näheren Begründung.

So wenig also die innere Medizin leistet, wenn es gilt, den Steinen zur Ausstoßung zu verhelfen oder die Durchgängigkeit der Gallenwege wieder herzustellen, so groß ist der Nutzen innerer Kuren, die darauf hinausgehen, den Infekt in den Gallenwegen zu entfernen. Wenn wir die Entzündung beseitigen, so hört der Schmerz auf, für den Kranken das wichtigste Symptom der Cholelithiasis; die Schleimhäute schwellen ab, der Gallenfluß wird wieder normal — aber die Steine bleiben an Ort und Stelle. Wir heilen also nicht die Krankheit, sondern führen sie nur in das Stadium der Latenz zurück, in dem Tausende und Abertausende von Menschen mit Gallensteinen sich befinden.

„Ich bedaure, daß sich bisher kein Weg finden ließ, um wenigstens mit einem Teil unserer Fachchirurgen die Art der Beeinflussung der Krebsleiden durch das Kankroin zu studieren, zu kritisieren und auszubilden. — Diese gänzliche Passivität ist mir fast unverständlich, da ich schwer dazu zu bringen bin, ohne Beweise Übles von anderen zu denken.“

Würde Herr v. K. den Verdacht, „Übles zu denken“, so energisch abgewehrt haben, wenn er sich ihm nicht mit aller Macht aufgedrängt hätte!

„Anstatt die Entdeckung des Prof. Adamkiewicz“, so heißt es in der Reichstagsinterpellation vom 19. Juni 1903 „aufs freundlichste zu begrüßen und deren Anwendung zu fördern, oder doch wenigstens unparteiische, aber gründliche und umfangreiche Untersuchungen anstellen zu lassen, hat es eine gewisse Clique von Zunftgelehrten in kleinlicher, beschränkter Eifersüchtelei verstanden, jede staatliche Förderung der unblutigen Heilmethode zu verhindern.“



Unterstützt werden unsere Maßnahmen in dieser Beziehung durch die gütige Mutter Natur, die die Gallensteinkrankheit an und für sich mit einer großen Neigung zur Latenz ausgestattet hat. Denn nach meiner Schätzung wird die Cholelithiasis in 80% der frischen und in 50% der alten Fälle latent, und zwar ohne unser Zutun, von ganz allein; der Infekt erlischt plötzlich, die Passage im Ductus cysticus und choledochus stellt sich wieder her und die Entzündungserreger werden mit der gestauten Galle in das Duodenum fortgeschafft. So tritt nicht selten mitten in den fürchterlichsten Koliken, bei hohem Fieber, starkem Ikterus, ein plötzlicher Nachlaß der Beschwerden ein, gleichgültig, welche Kur der Patient durchgemacht hat, ob er Karlsbader Sprudel trinkt oder Olivenöl einnimmt, ob er sein Abdomen vor jeder Berührung ängstlich hütet oder von rohen Fäusten eines ungebildeten Laien massieren läßt, ob er Chologen oder Cholelysin sich einverleibt oder mit Mohrrüben und Rettigsaft sich den Magen verdirbt. Der Patient wird oft gesund trotz verkehrtester Behandlung und schiebt natürlich den Erfolg auf die vorausgegangene Behandlung: „Post hoc ergo propter hoc.“ Wir Ärzte, die wir auf dem festem Boden der pathologischen Anatomie stehen, wissen aber, daß die plötzliche Besserung lediglich auf das Erlöschen des Infekts zurückzuführen ist. Wir werden also die Heilungsabsichten der Natur unterstützen und unsere Maßnahmen so treffen, daß eine Beseitigung der Infektion herbeigeführt wird. Das erreichen wir auf sehr einfache Weise durch Ruhe, heiße Umschläge und durch Trinkenlassen von irgend einem kohlensäurehaltigen alkalischen Glaubersalzwasser. Durch die Hitze — innerlich und äußerlich — erzeugen wir eine Hyperämie und benutzen diese ganz im Sinne Biers als bestes Heilmittel gegen die Entzündung.

Ruhe und Wärme bilden die beiden Grundpfeiler, auf denen sich das Gebäude der internen Behandlung der Cholelithiasis aufbaut. Alles andere, vor allen Dingen die Arzneibehandlung, ist schmückendes Beiwerk, wenn auch nicht ganz überflüssig, so doch fast entbehrlich. Ich habe in dieser Beziehung dieselben Ansichten wie Naunyn, der sagt: „Nach all dem scheint mir die Auflösung der Konkremente nicht berufen, eine bedeutsame Rolle in der Heilung der Cholelithiasis zu spielen, meiner Überzeugung nach bleibt die Aufgabe der inneren Therapie die Behandlung der die Cholelithiasis komplizierenden Infekte der Gallenwege, und diese geschieht, um es immer wieder zu sagen, meiner Erfahrung nach durch nichts so erfolgreich, als durch die konsequente und energische Anwendung von Kataplasmen auf die Lebergegend und von heißem Karlsbader oder einem ähnlichen, heißen, kohlensäurehaltigen, alkalischen Glaubersalzwasser innerlich!

K.-hat durch diese Kur sehr viele Patienten, bei denen weder Chologen noch Olivenöl einen Erfolg hatte, von ihren Beschwerden befreit. Sie kamen sämtlich zu ihm, weil sie, verzweifelt über die Erfolglosigkeit innerer Kuren, die Operation als letztes Zufluchtsmittel versuchen wollten. K. verordnete ihnen aber zuerst eine Ruhe- und Thermophorkur, weil er die bisher gebrauchten Mittel für unzweckmäßig und eine sofortige Operation für noch nicht nötig hielt.

Von den Medikamenten kommen diejenigen in Betracht, die eine Sterilisation des Gallensystems bewerkstelligen könnten. Die Salizylsäure, das Quecksilber und Jod wären Mittel, von denen man in dieser Richtung einen guten Erfolg erwarten könnte. In der Tat sind diese drei Medikamente vielfach zur Anwendung gekommen. So gibt Rosenheim das Jod in kleinen Dosen längere Zeit (0·5—1 *g* pro die), bis etwa 40 *g* genommen sind, und wiederholt bei sich zeigender Wirkung nach kürzerer oder längerer Pause die Verordnung. Dunin und Mintz haben das Jod empfohlen, letzterer auch für Fälle von Cholangitis infectiosa mit Ikterus und intermittierendem Fieber. Quecksilber ist als Gallensteinmittel vielfach, besonders in England seit langem im Gebrauch. Klemperer verwendet Sublimat 0·1 auf 10·0, zweimal täglich fünf Tropfen, Rosenheim Kalomel (0·005—0·01) pro dosi, dreimal täglich in Pillen usw. Der Salizylsäure rühmt man nach, daß sie die Gärfähigkeit der Galle herabsetzt, und man hat bei der Verordnung des Natrium salicylicum subjektive Erleichterung erzielt.

Da die meisten Kranken zur Bekämpfung ihres Leidens eine Arznei verlangen, so kann man nichts dagegen einwenden, wenn die genannten Mittel, Jod, Quecksilber und Salizylsäure verschrieben werden, die Hauptsache aber wird bleiben, daß man die oben genannten Mittel: Ruhe und Wärme richtig anwendet und nebenbei die Diät und Verdauung genau regelt. (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung Nr. 23, 1906.)

*

Zur Behandlung der nervösen Herzerkrankungen. Von Prof. Dr. L. Krehl.

Nach Ansicht Krehls ist ein großer Teil der Zustände, die man als nervöse Herzkrankheiten bezeichnet, psychisch vermittelt. Der Typus der nervösen Herzstörungen gehöre ebenfalls hieher. In diesem Falle bilden Herzbeschwerden eine Teilerscheinung der Entartung, der Nervosität, der Neurasthenie, wie jetzt meistens gesagt wird. Die Kranken klagen namentlich über Sensationen von seiten des Herzens. Schmerzen, Empfindungen der allerverschiedensten Art, Herzklopfen. Daneben zeigen sich oft Anomalien der Schlagfolge, sehr häufig Beschleunigung und Irregularität, namentlich Extrasystolen, wesentlich seltener Verlangsamung. Die Beschwerden treten entweder in Anfällen auf und wenn die Schmerzen dann ausstrahlen nach den verschiedensten Körperteilen, namentlich nach dem linken Arm zu, so können die Attacken große Ähnlichkeit mit der echten Angina pectoris haben; oder die Beschwerden sind dauernd vorhanden. Besteht bei einem Menschen einmal die Neigung zur Entwicklung solcher Störungen, so sind für den einzelnen Anfall oder für die einzelne Periode psychische Momente am häufigsten das auslösende Moment, während der Entwicklung des gesamten Zustandes die Entartung zugrunde liegt. Aber neben den psychischen Auslösungen kommen doch auch mancherlei körperliche recht häufig vor. Vielleicht auf der Grenze stehen sexuelle Momente. Es ist kein Zweifel, daß nach sexuellen Erregungen der verschiedensten Art sich Herzstörungen ganz besonders häufig einstellen. Ferner wirken Magen- und auch Darmstörungen ein.

Außerdem gebe es psychisch vermittelte Herzstörungen im Gefolge allgemeiner Nervosität, ohne daß am Herzen selbst ein Grund dafür zu finden wäre, daß gerade dieses Organ sich in so hohem Grade an dem Krankheitsprozeß beteiligt. Oder es bestehen am Herzen irgendwelche Veränderungen und diese sind verbunden mit psychogenen Störungen, eine Vereinigung, wie wir sie auch im Gebiete der Nervenkrankkeiten so häufig finden.

Ergibt die Diagnose das Fehlen einer eigentlichen Herzkrankheit, so müsse der nervöse Zustand der Kranken sorgfältig behandelt werden, aber die therapeutischen Vorschriften sollten eine Beeinflussung des Herzens im Sinne der Verbesserung von Herzinsuffizienz, soweit das irgend möglich ist, vermeiden. Darin wird meines Erachtens vielfach gefehlt. „Zur Sicherheit“ oder „um den Kranken zu beruhigen“ oder „damit alles geschehen sei“ erhält ein solcher Kranker doch Digitalis, oder bekommt Kohlensäurebäder zur „Stärkung des Herzens“, oder wird an einen Kurort für Herzkranke geschickt. Man solle aber die Konsequenz der Diagnose tragen und zwar den Kranken sehr sorgfältig behandeln, aber eben wie einen nervösen Menschen und nicht wie einen Kranken mit Herzinsuffizienz!

Die Nervosität soll nach allen Regeln der inneren Medizin und Psychiatrie behandelt werden.

Sind Organstörungen vorhanden, so müssen diese sorgfältig behandelt werden, weil sie bei nervös veranlagten Menschen Herzstörungen auslösen können. Man soll da kein Organ ansnehmen.

Von den Organstörungen, die zugrunde liegen, verdienen zwei besonderes Interesse. Einmal der Magendarmkanal. Zweifellos geht von ihm eine ganze Reihe Herzstörungen aus und der Arzt, der das richtig beachtet, kann therapeutisch sehr gute Erfolge erzielen.



Das zweite ist das Herz. Im allgemeinen ist es ja merkwürdig, daß so viele Kranke mit schweren Herzläsionen so wenig unter Schmerzen und anderen Empfindungen unangenehmer Art leiden. Wie erwähnt, sind diese, wenn sie sich einstellen, häufig psychogenen Ursprunges. Mitunter werden auch die viel geringer, sobald eine bestehende Insuffizienz des Herzens gebessert ist. Man muß dann annehmen, daß die Verbesserung des gesamten Befindens und des damit zusammenhängenden Vorstellungskreises die psychisch vermittelten Empfindungen einschränkt. Darauf ist natürlich sorgfältig zu achten. Auch hier wieder gilt es, die richtige Mitte zu finden, zwar das notwendige energisch zu tun, vor aller Vielgeschäftigkeit und übertriebenen Ängstlichkeit sich aber zu hüten. Es gibt nicht wenige Kranke mit der Vereinigung einer Herzerkrankung mit psychogenen Störungen, die, weil man alles als allein und direkt vom Herzen abhängig ansah, zu völliger Ruhe und Untätigkeit verdammt waren. Wie blühen sie auf, wenn ein Arzt den Mut findet, sie wieder dem Leben zurückzugeben! Gewiß! Der Arzt trägt die Verantwortung. Aber der Gewinn ist groß, wenn der Mut nicht fehlt!

Für das Herz selbst muß die ganze Lebensweise so eingerichtet werden, daß es nur Anforderungen ausgesetzt wird, für deren Bewältigung seine Kraft völlig ausreicht. Wurde dem Herzen zu viel zugemutet, es direkt überanstrengt, dann ist Ruhe, oft sogar Bettruhe angezeigt.

Große Ähnlichkeit mit den psychogenen Herzstörungen haben manche andere, bei denen teils sicher, teils wahrscheinlich Intoxikationen als das maßgebende Moment in Betracht kommen. Viele Herzerscheinungen, wie sie sich in der Menopause finden, stellen den Typus dar; nicht wenige Fälle von Kropfherz oder von leichtem Morbus Basedowii gehören auch hieher. Gerade durch letztere wurde der Beweis geliefert. Dadurch ist Licht auch auf die Erscheinungen der Menopause gefallen, vielleicht richtiger gesagt auf die Möglichkeit dieser besonderen Rangierung. Herzbeschwerden, wie sie sich in der Pubertät zuweilen finden, gehören wohl auch hieher. Man wird ja für die Behandlung zunächst noch den größten Wert auf die Beeinflussung des gesamten nervösen Zustandes legen. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung Nr. 23, 1906.)

*

Ein operativ geheilter Tumor des Okzipitallappens des Gehirns. I. Klinischer Bericht von H. Oppenheim.

Es handelt sich um einen 35jährigen Kaufmann, der früher bis auf eine allgemeine Nervosität, die er sich durch Überanstrengung im Beruf zugezogen hatte, völlig gesund war. Im März dieses Jahres erkrankte er mit Kopfschmerzen, die anfangs durchaus intermittierend an jedem zweiten oder dritten Tage auftraten, heftigen Attacken, die ihren Sitz in der Nacken-, Hinterhaupts- und Rückengegend hatten. Die Anfälle wiederholten sich trotz der Anwendung der gewöhnlichen Mittel. Der Kranke machte den Versuch, sich durch eine Erholungsreise nach Lugano von seinem Leiden zu befreien, kehrte aber mit denselben Schmerzen resp. mit gesteigerten Schmerzanfällen zurück. O. hatte dann Gelegenheit, ihn zum erstenmal am 25. April d. J. zu untersuchen. Der Befund an dem Nervenapparat war ein durchaus negativer. O. fand eine geringe Milzschwellung, und bei dem intermittierenden Charakter der Schmerzen hielt O. sich für berechtigt, Chinin zu verordnen, das auch zunächst einige Linderung zu bringen schien. Aber der Erfolg hielt nicht Stand. Innerhalb weniger Wochen vervollständigte sich die Symptomatologie zu folgendem Krankheitsbild: Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, doppelseitige, aber rechts ausgesprochenere Stauungspapille mit vielen Netzhautblutungen. Dazu gesellte sich eine erst unvollkommene, sich dann bald vervollständigende rechtseitige Hemianopsie. Um dieselbe Zeit oder schon vorher hatte der Patient über Gesichtstäuschungen, die er nach rechts hin verlegte, zu klagen; ferner war eine Störung beim Schreiben und Lesen vorhanden, die sich zwar teils durch die eingetretene Sehstörung erklärte, aber doch auch den Charakter der Alexie und Agraphie hatte. Nunmehr diagnostizierte O. eine Neubildung im Bereich des linken Okzipitallappens. Als die eingeleitete Jod- und Quecksilberbehandlung nur einen vorübergehenden Erfolg brachte, mußte eine chirurgische Behandlung in Erwägung gezogen werden, und um so mehr und um so dringender, als nunmehr Ende Mai auch Ausfallserscheinungen in der rechten Körperseite sich herausstellten, nämlich eine leichte Hemihypästhesia, Hemiataxia und Hemiparesis dextra. Nun veranlaßte O. die Hinzuziehung des Herrn Kollegen Krause. O.s Diagnose und therapeutischen Vorschläge waren: „Wahrscheinlich Neubildung. Sitz nur mit einem gewissen Maß von Wahrscheinlichkeit im Marke des linken Lobus occipitalis anzugeben. Der tiefe Sitz und die Doppelseitigkeit der Kopfschmerzen scheint darauf hinzuweisen, daß er bis nahe ans Tentorium dringt.

Da Jod, Hydrargyrum und alle sonstigen Mittel erfolglos blieben, wird eine operative Behandlung in Vorschlag gebracht mit dem Hinweis auf die Schwierigkeit der Lokaldiagnose, die Gefahren des Eingriffes und die geringen Chancen bezüglich eines Heilerfolges. Es ist einmal nicht sicher, nicht einmal sehr wahrscheinlich, daß es gelingt, bis an den Tumor heranzudringen, dann aber noch unwahrscheinlicher, daß er radikal entfernt werden kann. Eine Möglichkeit liegt jedoch vor, namentlich bei zystischem Charakter. Die Trepanationsöffnung ist ziemlich groß anzulegen, so daß der hintere Abschnitt der konvexen Oberfläche des linken Lobus occipitalis freiliegt bis nahe an den hinteren Pol des Lobus temporalis heran und der Operateur sowohl medialwärts bis nahe an den Kuneus herandringen kann (wenn auch nur mit dem palpierenden Finger) als auch basalwärts bis zu dem auf dem Tentorium aufruhenden Teil des Okzipitallappens. Indes könnte, um den Knochendefekt nicht zu groß zu machen, das Fenster auch erst nachträglich erweitert werden.“

Die Operation wurde dann von Krause in zwei Akten ausgeführt, der eine am 9. Juni, der andere am 25. Juni. Bei diesem war O. zugegen. Die Verhältnisse lagen hier außerordentlich günstig, daß sofort nach Eröffnung der Dura mater an der angegebenen Stelle des linken Lobus occipitalis an dem hinteren Pole der Konvexität und im Kuneus ein deutlich als Tumor sich abhebendes Gebilde hervortrat, das nur teilweise mit der Dura verwachsen war und ohne große Schwierigkeit herausgelöst, fast wie ein Ei aus dem Nest herausgenommen werden konnte.

Die einzige Erscheinung und Beschwerde, die während der nächsten Folgezeit eine Steigerung erfuhr, waren die optischen Halluzinationen. Der Kranke hatte in der Hinsicht ganz merkwürdige Klagen. Er sah farbige Muster vor Augen, und zwar war es ihm, als ob die weiße Decke seines Bettes oder das weiße Gewand des Wärters vorübergehend farbig wie brauner Samt erschien. Er hatte die Empfindung, als ob alle Körper strahlig, als ob die Personen konvex oder konkav ausgebuchtet wären usw. Nur in dieser Hinsicht erfuhren seine subjektiven Beschwerden wenigstens vorübergehend eine Steigerung; im übrigen war der Erfolg der Operation schon für die erste Zeit ein sehr auffälliger und vollkommener. Kopfschmerz, Schwindel und Erbrechen traten vollkommen zurück, an Stelle der Benommenheit, die vor der Operation vorlag, trat völlig klares Bewußtsein ein, er war imstande, bald Nahrung zu sich zu nehmen, sich gut zu ernähren, so daß seine Kräfte in der Folgezeit mehr und mehr wuchsen. Bei einer Untersuchung, die O. am 8. Juli, etwa 14 Tage nach der Operation ausführte, war die Stauungspapille am linken Auge völlig zurückgegangen, am rechten nur angedeutet. Die Ausfallserscheinungen der rechten Körperseite waren vollkommen gewichen. Als O. nach weiteren acht Tagen aufs neue untersuchte, am 14. Juli, war nicht nur die ophthalmoskopische Veränderung geschwunden, sondern der Kranke bemerkte jetzt auch die in seiner rechten Gesichtsfeldhälfte auftauchenden Gegenstände und konnte unterscheiden, ob sich ein Gegenstand auf derselben bewegte oder nicht. Also auch die Hemianopsie war im Begriff, sich zurückzubilden.

Dann verlor O. den Patienten aus den Augen. O. nahm dann Gelegenheit, ihn am 14. August noch einmal zu untersuchen und mußte da schon konstatieren, daß eigentlich eine restlose Heilung erfolgt war. Er hatte gewiß noch ein wenig



Mühe, zu lesen, er las etwas langsamer als in gesunden Tagen; man mußte auch zugeben, daß das Gesichtsfeld des rechten Auges eine Spur eingeengt war im Vergleich zum linken, aber diese Erscheinungen und Beschwerden waren doch so geringfügig, daß sie für die Beurteilung des Gesamterfolges gar nicht in Betracht kamen, und so hat sich die Heilung weiter vervollständigt; der Patient hat in der Zeit 20 Pfund oder mehr an Gewicht zugenommen, er ist durchaus frei von Beschwerden, und ebenso dürfen wir vom objektiven Befund behaupten, daß er als ein normaler anzusehen ist. (Berliner klin. Wochenschrift.)

III. Literatur.

Über Morbus Basedowii (Theorie und Behandlung) aus die „Würzburger Abhandlungen“, VI. Band, 11. Heft. Von O. v. Boltenstern, Berlin. — Würzburg, A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch) 1906.

In kurzen Worten werden unter besonderer Würdigung der neuesten Literatur — Verf. hat kaum eine in den letzten Jahren publizierte, wenn auch nur kasuistische Arbeit übersehen — die Symptomatologie, sodann die historischen Theorien und die heute fast allgemeine Geltung besitzende Möbiussche thyreotonische Theorie kritisch gewürdigt.

Während Verf. die medikamentöse Therapie nur soweit als unbedingt nötig bespricht, legt er ausführlicher die Resultate der Röntgen-, Serum- und chirurgischen Therapie dar. Nach Verf. ist die im Notfalle auszuführende chirurgische Therapie die einzige kausale, während mit Hilfe der Serumtherapie stets nur das gebildete Gift zerstört wird, während die Diathese (d. h. die Veranlassung zur weiteren Giftbildung) fortbesteht. L.

Indikationen und Kontraindikationen des Hochgebirges. Von F. Jessen, Davos. Aus Würzburger „Abhandlungen“, VI. Bd., 12 H. Würzburg, A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch) 1906.

Nach Verf. Ansicht ist „das Hochgebirge kein spezifisches Heilmittel“, es wirkt nur durch „eine Fülle von Reizen stimulierend auf den ganzen Organismus“. Aus diesem Satze lassen sich auch alle vom Verf. angeführten Indikationen und Kontraindikationen ableiten. Kranke aller Art, die noch genügende Kräfte haben, um auf den gesetzten Reiz in entsprechender Weise reagieren zu können, gehören ins Hochgebirge. Allzuschweren, erschöpften Kranken wird der mächtige Reiz wahrscheinlich schädlich werden. — Im großen und ganzen variiert Verf. bei jeder der angeführten Krankheitsformen dieses Thema. Abweichend von der gangbaren Ansicht ist Aut. der Meinung, daß z. B. das Davoser Höhenklima auch für Phthisiker, die zu Blutungen neigen, empfehlenswert sei. L.

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 22. März 1907.

Emil Schwarz demonstriert einen Fall von Aneurysma der Arteria anonyma dextra, mit vollkommenem Verschlusse der Carotis communis. Der Patient suchte vor etwa $2^1/_2$ Jahren die Abteilung des Vortragenden wegen trachealen Stridors auf. Die radiologische Untersuchung zeigte, daß die Trachea in der oberen Thoraxapertur nach links an die linke Oberfläche des Mediastinums abbiegt. An der oberen Hälfte des Mittelschattens Veränderungen, welche sich am einfachsten durch eine raumbeengende Bildung in der rechten Hälfte der oberen Thoraxapertur erklären ließen, die nicht nur die Trachea, sondern auch den Aortenbogen nach links verdrängt, die Aorta bietet radiologische Zeichen der diffusen Dehnung erheblichen Grades. Das Gebilde pulsierte nicht und bot nichts charakteristisches. Schwarz nahm damals bewogen durch die so frühzeitige Trachealstenose einen gutartigen Tumor an und ließ den Kranken auf eine chirurgische Atbeilung aufnehmen behufs eventueller Operation. Der Kranke verließ jedoch bald das Spital und ich sah ihn nicht bis zum 14. II. d. J., an welchem Tage er wegen heftiger, in Arm und Nacken ausstrahlender Schmerzen wieder meine Abteilung aufsuchte. Der Befund war nun in kurzem folgender: Zyanose des Gesichtes, stärkeres Vortreten des Venennetzes auf der rechten oberen Hälfte des Thorax. Deutliche pulsatorische Erschütterung des medialen Endes der rechten Klavikula und des rechten ersten Interkostalraums neben dem Sternum (jetzt viel weniger sichtund fühlbar als vor vier Wochen). Weder in der Achselhöhle, noch in der Supraklavikulargrube sind Drüsen tastbar. Knapp ober dem Klavikulargelenke deutliche Pulsation der rechten Subklavia, welche etwas höher liegt als die linke. Dämpfung im ersten Interkostalraum und am ganzen manubrium sterni. Spitzenstoß in linker Seitenlage im sechsten Interkostalraum, in Rückenlage nicht fühlbar, Herztöne rein, etwas dumpf, keinerlei Geräusch, auch nicht über dem pathologischen Dämpfungsbezirke. Stridor und Heiserkeit. Laryngoskopischer Befund: Rekurrenslähmung rechts, Hyperästhesie des Kehlkopfes, besonders der rechten Hälfte, Vorwölbung der linken Trachealwand ohne Pulsation daselbst. Die radiologische Aufnahme ergab: Herzschatten in gesamter querer Breite kaum über der oberen Grenze der Norm, jedoch mit einem größeren Anteil in der linken Körperhälfte liegend als unter physiologischen Verhältnissen. Das obere Mediastinum enthält in der rechten Hälfte ein faustgroßes, schattengebendes Gebilde von annähernd kugeliger Gestalt, gleichmäßig gerundeten, nicht zweifellos pulsierenden Rändern, welches zur Hälfte in das Gebiet des rechten Oberlappens fällt. Die Trachea, der Ösophagus und der Aortenbogen nach links verdrängt und sich an diesen (der übrigens diffuse Dehnung zeigt) ohne Diskontinuität anschmiegt. Das interessante an diesem Falle sind nun die Differenzen in den Gefäßen der beiden Seiten: Die beiden Radialarterien sind, abgesehen von einer stärkeren Schlängelung der linken, gleich weit, die Pulse synchron und gleich stark. Die Druckmessung zeigt rechts und links gleiche Werte (nach Sahli 120 *mm*, nach Gärtner 80 *mm*). Auch die beiden Brachialis fühlen sich vollkommen gleich an. Die rechte Subklavia zeigt, wie erwähnt, höhere Lage und stärkere Pulsation. Während die linke Karotis auffallend weit ist und sehr kräftig pulsiert, ist aber an der rechten Seite keine Spur eines Karotispulses (weder in der Carotis communis noch externa, noch Art. maxill. ext., oder Art. temp.) zu finden. Nur in der Nähe des unteren Randes des Ringknorpels ist in der Tiefe eine kleine Pulsation, offenbar die vom Trunc. thyreocervical. (also Subklavia) abgehende Art. thyr. inf. zu tasten. Es besteht also eine vollkommene Obturation der Carotis communis.

Weiters zeigt Schwarz Präparate von fibrinöser Bronchitis mit enormer Eosinophilie und bespricht anschließend daran die Ätiologie, den klinischen Befund der als sogenannten „Bronchitis fibrinosa“ gekennzeichneten Zustände. Schwarz tritt auf Grund von Beobachtungen und klinischen Befunden für die Einreihung der primären chronischen fibrinösen Bronchitis in die Gruppe des Asthmakatarrhs nachdrücklich ein. Was die Entstehung der Gerinnsel betrifft, so nimmt er an, daß, solange die Bronchitis exsudativa auf die feinsten Bronchien beschränkt bleibt, bloß die Spiralen, das sind die Ausgüsse der spiralig gedrehten Bronchiolen, im Sputum erscheinen, daß aber bei einer Ausdehnung des Prozesses auf die gröberen Äste, nach längerem Bestehen des Asthmas die schleimig-fibrinösen Bronchialgerinnsel zur Ausbildung gelangen können.

Julius Schnitzler berichtet über eine Perforation der Flexura sigmoidea durch eine zu therapeutischen Zwecken wegen chronischer Obstipation per anum eingeführte Bougie und Heilung durch Laparotomie. Der Patient führte sich eine dicke Hartgummibougie mehrmals wöchentlich in den Mastdarm ein. Als er eines Tags die gewohnte Manipulation und zwar in fast aufrechter Stellung, wie gewöhnlich vollführte, verspürte er einen plötzlichen Schmerz in der Unterbauchgegend. Er



entfernte die Bougie; keine Blutung. Als Redner den Patienten zirka $4^1/_2$ Stunden nach dem Vorfall sah, hatte dieser keine Schmerzen, links Andeutung von Bauckdeckenspannung, kein Aufstoßen, kein Erbrechen. Rektaluntersuchung mit dem Finger ergibt kein Blut, keine palpable Verletzung. Puls 80, Temperatur 38·1. Die Temperatursteigerung und die, wenn auch nur angedeutete Bauchdeckenspannung veranlaßten Vortragenden, trotz Fehlens schwerer Erscheinungen eine ernstere Verletzung und zwar eine Perforation des untersten Anteils der Flexur durch die eingeführte Bougie anzunehmen und die Laparotomie vorzuschlagen. Dieselbe ergab eine eitrige Peritonitis der unteren Bauchhälfte und eine zirka 3 *cm* lange Perforation der vorderen Wand der Flexura sigmoidea, etwa handbreit oberhalb des Peritonalansatzes. Heilung ohne Zwischenfall. Schnitzler erwähnt die Häufigkeit der Bougierungsverletzungen bei Behandlung des strikturierten Rektums. Bei gesundem Darm, wie in diesem Falle, sei die, eigentlich ohne besondere Gewaltanwendung erfolgte Perforation bemerkenswert. Das Wesentliche bleibt wohl die möglichst frühzeitige Vornahme der Laparotomie, selbst auf ganz geringfügige Symptome hin, wie dies hier geschehen ist.

Hermann Schlesinger: Klinische Beobachtungen über den Wiener Typhus. Schlesinger basiert seine Erfahrungen auf Grund eines klinischen Materiales von 155 Fällen. Vortragender glaubt aus seinen Befunden schließen zu können, daß der Typhus in Wien in den letzten Jahren manche Abweichungen von denn normalen Typhus zeige. Der plötzliche Beginn der Krankheit aus voller Gesundheit, hohes Fieber eventuell Schüttelfröste, führten oft zu Fehldiagnosen; so kann zum Beispiel der Typhus bei Schmerzhaftigkeit in der Appendixgegend zur Diagnose Appendizitis, eventuell Operation, Ursache geben. Die Roseola trat in vielen Fällen verspätet auf, manchmal erst in der 3.—4. Krankheitswoche, ja Redner hat Fälle beobachtet, wo sie sogar erst in der Rekonvaleszenz auftrat. Diese Fälle neigten auffallend zu Rezidive. Verschieden war auch die Lokalisation und die Art (papulös, hämorrhagisch). In $^1/_4$—$^1/_3$ der Fälle wurden Schweißausbrüche konstatiert. Auch Hauteiterungen traten unter 60 Fällen zwölfmal auf. Verschieden war auch das Verhalten des Pulses. Gewöhnlich Tachykardie, in einigen Fällen ausgesprochene Bradykardie (60—70 Pulse bei hohem Fieber). Die Darmerscheinungen waren wechselnd, Darmblutungen fanden sich in etwa 17% vor. Milztumor gewöhnlich schon frühzeitig konstatierbar. Auch Komplikationen mit Pneumonie kamen häufig vor, die die Prognose gewöhnlich sehr ungünstig gestalteten. Zum Schlusse weist Redner darauf hin, daß die Mortalität an Typhus in Wien, gegenüber anderen Großstädten, eine sehr hohe ist (16—22%).

Ludwig Moszkowicz bestätigt, daß die stürmischen Erscheinungen, mit denen der Wiener Typhus nach den Ausführungen des Vortragenden oft einsetzt, sehr oft die Diagnose einer Perityphlitis nahelegen. Doch könne sorgfältige Untersuchung vor einer solchen Fehldiagnose bewahren. Besonders wichtig sei das Symptom der Bauchdeckenspannung bei entzündlichen Prozessen des Peritoneums. Bei diffuser Peritonitis fehlen alle Bauchdeckenreflexe, bei zirkumskripter Peritonitis kann man beobachten, daß zum Beispiel nur der rechte untere Bauchdeckenreflex fehlt, während alle anderen erhalten sind. Nur bei wenigen Fällen versagt das Symptom. Bei Typhus macht der Patient den Eindruck eines schwer erkrankten Menschen, wie er nur bei den schlimmsten septischen Formen der Perityphlitis vorkommt.

Julius Schnitzler weist auf die Blutuntersuchung hin, die fast immer die Differentialdiagnose ermöglicht. Die akuten, ohne Aufschub operationsbedürftigen Appendizitiden verlaufen fast ausnahmslos mit Leukozytose, der Typhus mit Leukopenie. Die, übrigens äußerst seltenen, ohne Leukozytose verlaufenden, schwer septischen Appendizitiden, respektive Peritonitiden wird der Erfahrene wohl schon nach dem klinischen Bild nicht mit Typhus verwechseln können.

Hermann Schlesinger pflichtet dem Vorschlage Schnitzlers betreffs der Verwertung des Leukozytenbefundes zur Stellung der Differentaldiagnose unbedingt bei, da Leukopenie bei Typhus, auch bei den jetzigen Fällen, ein regelmäßig zu beobachtendes Vorkommnis ist. Weniger dürfte sich das Aussehen des Kranken für die Differentialdiagnose verwerten lassen. Hingegen kommt dem Verhalten der Bauchdeckenreflexe eine ganz wesentliche differentialdiagnostische Bedeutung bei Entscheidung der Frage Perityphlitis-typhus zu.

Ludwig Moszkowicz erinnert an die Untersuchungen Federmanns an dem großen Material Sonnenburgs in Berlin, der darauf hinwies, daß gerade die schwersten septischen Fälle von Perityphlitis, bei denen jede Verzögerung der Operation gefährlich ist, keine Leukozytose aufweisen.

i. m.

V. Aus der Praxis.

Über Jod-Fersan. Von Dr. Alpar Sandor. (Mitteilung aus der Kinderabteilung der Poliklinik in Budapest. Vorstand Primarius Dr. Brück.) Budapesti Orvosi Ujsag. 1906, Nr. 29.

Verfasser gelangt auf Grund seiner klinischen Versuche zu dem Ergebnisse, daß Jod-Fersan-Kinderpastillen mit 0·25 *g* Fersan und 0·02 *g* Jod sich durch angenehmen Geschmack, stets gleichbleibender Dosierung und vorzüglicher Resorption auszeichnen. Verordnet wurden täglich 3 bis 6 Pastillen, je nach der Indikation, und zwar vor den Mahlzeiten, weil Jod-Fersan appetitanregend wirkt. Die Kinder haben die Pastillen gerne genommen und gut vertragen. Besonders indiziert bei Skrophulose und Rachitis.

Zur internen Verwendung von Kalomel resp. anderer Quecksilberpräparate. Fälle von hochgradiger Idiosynkrasie gegen Kalomel stehen durchaus nicht vereinzelt da. Es ist bekannt, daß die Empfindlichkeit des Menschen gegen Kalomel, wie gegen Quecksilberpräparate überhaupt, enorm verschieden ist. Während einerseits berichtet wird, daß ein Pat. innerhalb 23 Tagen 18·4 *g* Kalomel per os gereicht, ohne die geringsten Zeichen von Stomatitis vertragen habe, wird andererseits ein Fall bekannt gegeben, in welche mein 14jähriger Knabe bereits nach Einnahme von 0·36 *g* (6 gran) Kalomel unter nomaähnlichen Erscheinungen zugrunde ging. — In der neueren Literatur — seit 1876 — sind acht Fälle von tödlicher Kalomelvergiftung mitgeteilt worden: Im ersten Fall erfolgte der Tod nach Einnahme von 0·3 *g* Kalomel, im zweiten nach 4·8 *g*, im dritten nach 1·6 *g*, im vierten, fünften und sechsten nach nicht angegebener Dose, im siebenten nach 1·0 *g* und im achten nach 3·6 *g*. Außer diesen letalen Fällen sind zahlreiche mehr oder minder schwere Intoxikationen nach Kalomelgebrauch mitgeteilt, die in Genesung endeten. Angesichts dieser häufigen Vergiftungen ist bei der innerlichen Verabreichung von Kalomel, auf dessen Gebrauch man wegen seiner oft überraschenden Wirkung bei kardialen und hepatogenen Hydropsien nur ungern verzichten würde, ganz besondere Aufmerksamkeit erforderlich. Sowie die ersten Intoxikationserscheinungen auftreten, ist das Mittel sofort auszusetzen.

Bei Quecksilbergebrauch in jedweder Form ist dreierlei zu beachten: Erstens sofortige Einleitung geeigneter Mundpflege (Spülungen); zweitens nicht nur Inspektion des weichen Gaumens, sondern namentlich auch der Zähne bei auftretender Gingivitis usw. Häufiger als man glaubt, sind Zahnplomben die Ursachen dieser ulzerösen Prozesse (Bildung von Legierungen); Drittens Vermeidung gleichzeitigen Gebrauches von Jodpräparaten (Bildung von ätzendem Quecksilberjodid). Dies ist besonders für Augenbehandlung mit Kalomel, Sublimat, gelber Salbe usw. wichtig. Es ist daher vorher stets nach dem eventuellen Jodkaligebrauch zu fahnden und es ist ferner wichtig, daß von vorneherein in der Prognose auf die schädlichen Folgen der Unterlassung hingewiesen wird.

Endlich ist von Wichtigkeit, daß Kalomel nicht lange, keinesfalls über 24 Stunden, im Organismus verbleiben darf,



vielmehr mittels anderer Abführmittel baldigst herauszubefördern ist, wenn es nicht selbst wirkt.

Bei Beachtung dieser Regeln dürften Intoxikationen verhältnismäßig selten beobachtet werden.

VI. Notizen.

Ernst v. Bergmann †. Der berühmte Chirurg und Kliniker Ernst v. Bergmann, der in Wiesbaden gestorben ist, hat ein Alter von 70 Jahren erreicht. Er war am 16. Dezember 1836 in Riga geboren und studierte von 1854 bis 1860 in Dorpat, wo er 1860 promovierte. In Dorpat übernahm er eine Assistentenstelle und habilitierte sich 1864 als Privatdozenzt für Chirurgie. 1866 ging er mit Prof. Wagner-Königsberg als dessen Assistent mit auf die böhmischen Schlachtfelder. Im Jahre 1870 war er in Amsterdam tätig. Beim Ausbruch des deutsch-französischen Krieges eilte er nach Berlin und fand in der ärztlichen Armeereserve Anstellung. In Mannheim leitete er das Kriegs-Reservelazarett „Seilebohn“, dann in Karlsruhe die Baracken. Auch machte er mit dem badischen Sanitätszuge die Touren nach Raon l'Etappe, nach Belfort und den Belagerungslinien nach Paris mit. Nach Beendigung des Krieges nahm Bergmann eine Professur in Dorpat als Nachfolger Adelmanns an und blieb dort bis zum russisch-türkischen Kriege von 1877/78, in welchem er als Konsultant-Chirurg der Donauarmee ins Hauptquartier des Großfürsten Nikolai Nikolajewitsch ging. Er machte den Übergang über die Donau mit und die Schlachten von Plewna, sowie Felisch und Gornji-Dubniik und kehrte nach dem Fall Plewnas in seine Dorpater Stellung zurück. Im April 1878 ging er als Nachfolger Linhardts nach Würzburg, 1882 wurde er auf Langenbecks Lehrstuhl als Ordinarius der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Universitätsklinik nach Berlin berufen. In dieser Stellung ist Bergmann bis zu den letzten Tagen tätig gewesen. Neben seiner Wirksamkeit als Operateur und Lehrer entfaltete Bergmann eine bedeutende literarische Tätigkeit. Von seinen Schriften seien hier nur folgende genannt: Die Lepra in Livland, Die Fieber und Entzündung erregenden Wirkungen der Produkte des fauligen und entzündlichen Gewebszerfalles, Die Lehre der Kopfverletzungen, Über die Endresultate der Gelenksresektionen im Kriege, Die Behandlung der Schußwunden des Kniegelenkes im Kriege, Die Krankheiten der Lymphdrüsen, Die Schicksale der Transfusion im letzten Dezennium usw. Seine und seiner Schüler Arbeiten sammelte Bergmann in 14 Bänden: Arbeiten aus den chirurgischen Kliniken Berlins, er schrieb ferner: Die chirurgische Behandlung bei Hirnkrankheiten, Die Entwicklung des chirurgischen Unterrichtes in Preußen, Die Diagnose der Meningitis. Dazu kommen eine große Anzahl Gedächtnisreden auf berühmte Forscher. Mit Bruns und Mikulicz-Radieki gab Bergmann das Handbuch der speziellen Chirurgie heraus, auch war er Mitherausgeber verschiedener Zeitschriften.

Ein internationaler Kurs der gerichtlichen Psychiologie und Psychiatrie findet an der Universität Gießen von Montag, den 15. bis Samstag, den 20. April 1907 in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten des Prof. Sommer statt, der in erster Linie für Juristen und Ärzte bestimmt ist, die mit psychiatrischen Gutachten zu tun haben, dann auch für Beamte an Straf-, Besserungs-

und Erziehungsanstalten, ferner für Polizeibeamte, die öfter mit geistig Abnormen zu tun haben. Unter den in Aussicht genommenen Themen finden sich folgende Referate Prof. Aschaffenburgs, Köln a. Rh.: Der Alkoholismus als Quelle der Kriminalität und Geistesstörung. Die psychophysiologischen Wirkungen des Alkohols, die klinischen Formen des Alkoholismus, die strafrechtliche und soziale Seite desselben. Teilnehmerkarten für den ganzen Kursus sind zu 20 Mk. in der Klinik zu haben.

Soeben erschien das erste Heft einer neuen Zeitschrift für Literatur, Kunst und soziales Leben, die sich Wiener Jugend nennt. Fern von allen einseitigen Literatur- und Kunstbestrebungen will sie sich vor allem der Kunst und ihren Problemen widmen und jeder echten Kunstrichtung gleichermaßen dienen. Sie will, ohne partikularistisch zu sein, vor allem die einheimischen Kräfte zu einheitlicher Arbeit zusammenschließen und so die Hebung unseres literarisch-künstlerischen Lebens anstreben. Die Wiener Jugend wird den Roman und die Novelle ebenso pflegen wie die Lyrik und die kleine Skizze und in jedem Hefte eine sorgfältig hergestellte Kunstbeilage bieten. Sie wird kritische Monatsberichte über alle bedeutenden Erscheinungen der Literatur, über die wichtigen Ausstellungen, über die Aufführungen der Wiener Theater bringen und über alle wichtigen künstlerischen Vorgänge berichten, so daß sie zu einem Führer durch das gesamte Kulturleben wird. Sie wird weiters das literarische, ästhetische und kunstwissenschaftliche Essay, Dichtermonographien (lit. Porträts) veröffentlichen und endlich alle Gebiete des sozialen Lebens insoferne behandeln, als sie im wesentlichen Zusammenhang mit literarisch-künstlerischen Fragen stehen. Demgemäß werden Essays über Volkswirtschaft und Staat, Erziehung und Unterricht Aufnahme finden. Auf diese vielfache Weise und durch ernste emsige Arbeit wird sie trachten, eine Heimstätte für unsere literarische und künstlerische Produktion zu werden und an der Hebung unserer ästhetischen Kultur mitzuarbeiten. Die Wiener Jugend erscheint alle 20 Tage in vornehmer Ausstattung im Umfange von zirka 16 Seiten. Redaktion und Administration Wien, II/2, Kurzbauergasse 1.

VII. Offene Stellen.

Mähren. Stadtarztesstelle in der Stadt Bystřitz a. H., politischer Bezirk Holleschau, mit 3857 Einwohnern böhmischer Umgangssprache. Der jährliche Gehalt beträgt K 600. Bewerber wollen ihre gehörig belegten Gesuche bis 30. April l. J. bei dem Stadtvorstande von Bystřitz a. H. einbringen.

Niederösterreich. 1. Gemeindearztesstelle in Wildendürnbach für die Sanitätsgemeindengruppe Wildendürnbach-Neuruppersdorf mit zirka 2000 Einwohnern. Gemeindebeiträge K 500, Landessubvention K 600. Naturalquartier und Hausapotheke. Gesuche an das Bürgermeisteramt in Wildendürnbach.

2. Gemeindearztesstelle in Gerolding für die Sanitätsgemeindengruppe Gerolding-Schönbühel a. d. D., mit zirka 1500 Einwohnern. Beiträge der Gemeinden K 340, Bezirkskrankenkasse K 600, Bezirksarmenrat Melk K 220, Landessubvention K 1200, zusammen K 2360, außerdem freie Wohnung. Gehörig belegte Gesuche sind an den Bürgermeister von Gerolding einzusenden.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
o. ö. Universitätsprofessor **Dr. J. Nevinny** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 16. Wien, 20. April 1907. **Nr. 16.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Entwicklung der modernen Immunitätslehre.

Von **Dr. S. Löw.**

(Schluß.)

Indem Ehrlich seine Seitenkettentheorie auf den Vorgang der Hämolyse anzuwenden suchte, mußte er sich die Frage vorlegen: Welche von den beiden Komponenten des Hämolysins tritt mit den Blutkörperchen in direkte Beziehung, welche Komponente kann sich mit ihm verankern? Denn eine Verankerung der wirksamen Substanz mittels passender haptophorer Gruppen an geeignete Rezeptoren des Blutkörperchens mußte Ehrlich auf Grund seiner Vorstellungen über das Zustandekommen von Giftwirkungen annehmen.

Ehrlich und Morgenroth zeigten uns, daß sich das rote Blutkörperchen immer nur mit dem hitzebeständigen Anteil des Immunserums verbinde, nie aber mit dem Alexin. Dieses tritt immer erst durch Vermittlung des hitzebeständigen Körpers mit den Blutkörperchen in Beziehung. Ehrlich nennt den hitzebeständigen Körper, die Substance sensibilisatrice Bordets, Immunkörper, weil nur er beim Vorgange der Immunisierung gebildet, bezw. einseitig vermehrt wird und er auch der ausschließliche Träger der Spezifität eines Immunserums ist. Wegen seiner Fähigkeit sich nach zwei Seiten hin zu verbinden, nämlich mit dem Rezeptor der Zelle und mit dem Alexin, nennt Ehrlich diesen Körper auch Ambozeptor. Für das Alexin führte Ehrlich die Bezeichnung: Komplement (Ergänzungskörper) ein.

Weitere Versuche drängten Ehrlich zur Annahme, daß auch schon im normalen Blute nicht ein einziges Komplement vorhanden sei, sondern eine ganze Reihe von Komplementen, die sich durch mehr oder weniger differente, haptophore Gruppen unterscheiden. Diese Erkenntnis wurde bei der Übertragung der bei den hämolytischen Seren gewonnenen Anschauungen auf die bakteriziden Sera ebenso praktisch wichtig, wie jene andere, daß sich nämlich jeder Immunkörper wieder aus einer Reihe von „Partialimmunkörpern" zusammensetzt.

Wegen der Labilität der Komplemente der Bakteriolysine führen wir bei der Injektion eines bakteriziden Serums immer nur die eine, zur Abtötung der Bakterien notwendige Komponente, nämlich den Immunkörper zu. Man müßte daher bei der Anwendung von solchen Seren immer annehmen, daß der Immunkörper das notwendige Komplement in dem zu heilenden Organismus schon fertig vorfinde. Daran sind eben viele Versuche bei der therapeutischen Verwendung der bakteriziden Seren bisher gescheitert. Um die Wahrscheinlichkeit zu vergrößern, daß ein eingeführter Immunkörper im Blute des zu behandelnden Organismus ein passendes Komplement vorfinde, geht man jetzt darauf aus, Immunkörper mit möglichst vielen und verschiedenen komplementophilen Gruppen zu erzeugen. Dies kann man durch Verwendung von Serumarten, die von verschiedenen Tierspezies gewonnen und dann vermischt werden, bis zu einem gewissen Grade schon heute erreichen. Weiters ist es notwendig zu beachten, daß das Zellprotoplasma mancher Bakterien keine biologisch einheitliche Substanz ist, sondern sich aus mehreren Komponenten zusammensetzt, von denen jede einen eigenen Immunkörper auslöst. Da die einzelnen Komponenten bei den verschiedenen Stämmen vieler Bakterien schwanken, so kann ein mit nur einem einzigen Bakterienstamme erzeugtes Immunserum nicht allgemein verwendbar sein. Es ist vielmehr notwendig, die blutspendenden Tiere mit einer möglichst großen Zahl der verschiedensten Bakterienstämme zu immunisieren, um so ein „polyvalentes" Serum zu gewinnen. Schließlich ist zu berücksichtigen, daß bei den bakteriziden Seren bisher die erforderlichen hohen Konzentrationen noch nicht erreicht werden konnten, die ja notwendig sind, um in einer geringen Quantität Serums möglichst viel bakterizider Substanz einzuverleiben.

Von den bisher praktisch versuchten bakteriziden Seren ist insbesondere das Streptokokkenserum oft genannt. Marmorek und Aronson stellten schon vor längerer Zeit ein solches Serum dar, wobei sie von der Annahme ausgingen, daß alle Streptokokkenstämme untereinander identisch seien. Tavel, ebenso Moser und Menzer verwendeten dagegen zur Darstellung ihrer Streptokokkenseren möglichst verschiedene Streptokokkenstämme, was jedenfalls einen Fortschritt gegenüber Marmorek bedeutet. Solches Serum wird häufig mit Erfolg angewendet bei Puerperalfieber, Pyämie, Scharlach, Erysipel, akutem und chronischem Gelenksrheumatismus und Chorea.

Das von Römer dargestellte Pneumokokkenserum, sowie die gegen Typhus, Cholera, Ruhr und Pest versuchten bakteriziden Seren ergaben bisher noch recht zweifelhafte Erfolge.

In der Tiermedizin hat sich dagegen das von Sobernheim dargestellte Milzbrandserum bereits bewährt, insbesonders wenn es zugleich mit der Pasteurschen aktiven Immunisierung kombiniert angewendet wurde. Solche kombinierte oder Simultanimmunisierungen, welche die Vorteile der aktiven mit denen der passiven Immunisierung zu vereinen suchen, wurden unter anderem auch beim Schweinerotlauf mit Erfolg angewendet (Lorenz).

Bei der Verwendung aller bakteriziden Immunseren ist jedoch stets ein weiterer, sehr wichtiger Umstand zu berücksichtigen: Wenn unter dem Einflusse des Immunserums die im Organismus vorhandenen Bakterien aufgelöst werden, so werden dadurch die im Innern der Bakterienleiber enthaltenen (intrazellulären) Zellgifte frei, welche alsdann für den Organismus einen größeren Schaden bedingen können, als durch die Vernichtung der Bakterien selbst genützt wurde. Diese sogenannten Endotoxine, welche immer erst durch das Absterben der Bakterienzelle frei werden, sind von den seit längerer Zeit bekannten Toxinen streng zu trennen, welch letztere die durch den Lebensprozeß der Bakterien gebildeten Gifte darstellen. Es sind von diesem Gesichtspunkte bakterizide Seren — wenigstens in ihrer gegenwärtigen Form — überhaupt nur dann zu empfehlen, wenn die Bakterienmenge eine geringe ist, so daß durch deren Abtötung keine zu große Giftmenge in Freiheit gesetzt wird.

Nach der therapeutischen Seite der Immunitätsforschung bleiben noch einige weitere und zwar sehr interessante Immunitätsphänomene zu besprechen, zunächst die von Gruber und Durham entdeckte Agglutination. Das Wesen dieser Erscheinung ist kurz folgendes: Wenn man ein Tier mit einer bestimmten Bakterienart immunisiert (u. zw. mit den Bakterien selbst, nicht etwa mit den Toxinen derselben), so gewinnt das Serum dieses Tieres außer der bereits besprochenen bakteriolytischen auch noch die weitere Fähigkeit, Bakterien der betreffenden Art, welche in gleichmäßiger homogener Verteilung in Kochsalzlösung aufgeschwemmt sind, zur Zusammenballung und Verklebung zu bringen. War die Immunisierung des serumgebenden Tieres genügend hoch getrieben, so tritt dieses Agglutinationsphänomen noch bei mehrtausendfacher Verdünnung des Serums ein. Daß die Agglutination zur Bestimmung und Identifizierung verschiedener Bakterienarten gegenwärtig ausgedehnte Verwendung findet und den bakteriolytischen Meerschweinchenversuch nach Pfeiffer meist zu ersetzen imstande ist, dürfte wohl ebenso bekannt sein, wie die Verwendbarkeit des Agglutinationsphänomens als Unterstützungsmittel der klinischen Typhusdiagnose. Der Gehalt des Blutserums eines Typhuskranken oder Typhusrekonvaleszenten an Agglutinin ist natürlich nie ein so hoher, als der eines künstlich hoch immunisierten Tieres. Das Serum der Typhuskranken agglutiniert Typhusbazillen meist nur in 50- bis etwa 200facher Verdünnung. Agglutinine sind streng spezifische Körper; daß ein Immunserum nicht nur gegenüber derjenigen Bakterienart, die zur Vorbehandlung gedient hatte, agglutinierende Eigenschaften zeigt, sondern auch gegenüber verwandten Bakterienarten, stört die Richtigkeit dieses Satzes keineswegs, denn die Unterschiede in den Verdünnungsgraden, bei welchen ein und dasselbe Serum einerseits die zugehörige Bazillenart, andererseits verwandte Arten zu agglutinieren imstande ist, sind stets sehr in die Augen springend und vollkommen konstant. Mit der eigentlichen Immunität haben die Agglutinine nichts zu tun; agglutinierte Bazillen bleiben z. B. vollkommen wachstumsfähig.

Der tierische Organismus antwortet auf eine Einspritzung von Bakterien mit der Bildung von Bakteriolysinen, auf eine Einspritzung von Blutkörperchen mit der Bildung von Hämolysinen. Es wurde nun weiterhin beobachtet, daß darin ein allgemein gültiges biologisches Gesetz zum Ausdruck kommt, welches besagt, daß durch die Einspritzung von tierischen Zellen die Bildung von Antikörpern ausgelöst wird, die sich im Blutserum anhäufen und bezüglich ihrer Entstehung, ihres Baues und ihrer Wirkungsweise vollständig den Hämolysinen entsprechen. Man nennt diese zelltötenden Antikörper Zytotoxine. So erhält man durch Vorbehandeln eines Tieres mit lebenden Spermatozoen ein Serum, welches im Reagenzglase sehr rasch die Spermatozoen der betreffenden Tierart lähmt und tötet (Spermatoxin), durch Immunisieren mit Flimmerepithelien ein entsprechend wirkendes Antiepithelserum, durch Immunisierung mit Knochenmarksemulsion ein weiße Blutkörperchen auflösendes Serum (Leukotoxin), durch Nierenemulsion ein Serum, das anderen Tieren eingespritzt, bei diesen Albuminurie erzeugt (Nephrotoxin), durch Leberemulsion wiederum ein Serum, das bei Versuchstieren die Erscheinungen der Leberinsuffizienz hervorzurufen imstande ist (Hepatotoxin), durch Zentralnervensystemsubstanz ein Serum, das bei intrazerebraler Applikation Krämpfe, Lähmungen und raschen Tod herbeiführt (Neurotoxin).

Nach diesen interessanten Versuchsergebnissen, die uns die Immunisierung mit geformten Körperelementen, mit zelligem Material gebracht hatte, wurde nun durch Bordet gezeigt, daß man auch durch Vorbehandeln mit nicht geformten Substanzen die Bildung von Antikörpern mit ganz eigenartiger Wirkung auslösen kann. Spritzt man einem Tiere Blutserum einer anderen Tierspezies ein, so gewinnt das Blutserum des vorbehandelten Tieres die Eigenschaft, daß es im Reagenzglase mit jenem Blutserum, das zur Vorbehandlung verwendet wurde, nach kurzer Zeit einen Niederschlag gibt. In ähnlicher Weise entsteht durch Injektion von Milch in dem Serum des behandelten Tieres ein Stoff, welcher das Kasein der Milch derselben Tierspezies zum Ausfallen bringt. Allgemein ausgedrückt, kann man sagen: Wenn man einem Tiere gelöste Eiweißsubstanzen einer anderen Tierart subkutan, eventuell intraperitoneal oder intravenös — nur nicht auf dem Wege des Darmapparates, sondern „parenteral“ — einverleibt, so löst die Einführung dieses körperfremden Eiweißes in dem vorbehandelten Organismus eine Reaktion aus, die sich in der Bildung eines neuen Stoffes im Blutserum äußert, der beim Zumischen zur ursprünglichen Eiweißlösung eine Ausfällung in derselben veranlaßt. Diesen Stoff nennt man ein Präzipitin oder Koagulin. Da diese Stoffe in der vorher angedeuteten Richtung streng spezifisch sind, so wurde ihr Auftreten von Uhlenhuth zur Feststellung der Provenienz von Blutflecken verwertet. Da meist die Frage zu entscheiden ist, ob ein irgendwo angetrockneter Blutfleck von Menschenblut herrührt oder nicht, ist es nötig, ein Kaninchen mit menschlichem Blutserum zu immunisieren. Der fragliche Blutfleck wird in physiologischer Kochsalzlösung aufgeweicht, zur filtrierten Flüssigkeit wird etwas von dem Serum des vorbehandelten Kaninchens zugesetzt. Entsteht nach halbstündigem Aufenthalte der angesetzten Probe im Brutschranke ein Niederschlag, so handelt es sich um menschliches Blut. Die Methode hat sich in der gerichtsärztlichen Praxis schon wiederholt bewährt. Jedoch gibt solches präzipitinhaltiges Serum aber nicht allein mit dem betreffenden Blutserum Niederschläge, sondern auch mit allen anderen eiweißhaltigen Flüssigkeiten der zur Vorbehandlung verwendeten Tierart, so mit Sperma, mit Milch, mit Auszügen der verschiedenen Organe usw. Die Methode ist daher eigentlich eine biologische Eiweißdifferenzierungsmethode. Ob es sich in einem bestimmten Falle überhaupt um Blut handelt, muß daher bereits vor Anstellung der Präzipitinreaktion auf irgendeine Art festgestellt worden sein. Das Alter des Blutfleckes hat jedoch gar keinen Einfluß auf die Verwertbarkeit der Reaktion; auch an jahrelang getrockneten Organen ließ sich ihre Herkunft mit Hilfe spezifischer, präzipitierender Seren bestimmen. J. Meyer erhielt eine Präzipitinreaktion sogar mit dem wässerigen Extrakt von Muskeln ägyptischer Mumien! In ähnlicher Weise wie bei den Agglutininen die Spezifität einigen Abbruch dadurch zu erleiden scheint, daß auch verwandte Bakterienarten agglutiniert werden, ebenso ist die bei den Präzipitinen vorhandene, auf die Tierart gerichtete Spezifität in der Weise eingeschränkt, daß ein präzipitieren-

des Serum nicht nur mit Eiweißlösungen der zur Vorbehandlung verwendeten Tierart, sondern auch mit solchen von verwandten Tierarten Niederschläge ergibt; doch tritt die Reaktion in der direkt zugehörigen Eiweißlösung stets viel intensiver und rascher ein als in der des verwandten Tieres. Besonders interessant ist in dieser Beziehung die gemeinschaftliche Reaktion von Menschen- und Affenserum, die Wassermann zum erstenmale nachgewiesen hat.

Die Lehre von den verschiedenen Antikörpern, die Zergliederung der Wirkung der verschiedenen spezifischen Immunseren, ist ein Gebiet, das immer mehr und mehr das Interesse zahlreicher Forscher erweckt. Es ist nicht zu verwundern, daß uns die bezügliche Literatur fortwährend von neuen, mehr minder feinsinnig angelegten Versuchen berichtet, welche alle der Lösung der verschiedenen Probleme gelten, die sich auf dem weiten Felde der Immunitätsforschung in so überaus reicher Fülle darbieten.

Bronchisan und sein Heilwert in den Krankheiten der Respirationsorgane.

Von Dr. **A. Singer**, Wien.

Die Erkrankungen des Respirationstraktes boten von jeher dem Arzte in der Behandlung eine Reihe von Schwierigkeiten, durch welche nicht nur die Geduld dieses selbst, sondern noch im viel höheren Maße die des Patienten in Anspruch genommen wurde. Denn nicht nur, daß man durch die vorhandenen Mittel keine Erleichterung gewähren konnte (vom Morphin natürlich abgesehen), sondern man stellte auch an den Magen des Leidenden durch die Verabreichung der diversen Tees und Mixturen derartige Anforderungen, daß oft ernstliche Erkrankungen dieses Organes zu dem trotz allein fortbestehenden Grundleiden hinzutraten. Wo es sich aber schließlich nur um leichte Bronchialkatarrhe und dergleichen handelte, die in kürzerer oder längerer Zeit wieder von selbst gut werden, konnte man noch ein Auge zudrücken. Der Husten ließ endlich doch nach, die eventuellen Magensymptome gingen zurück.

Anders verhielt es sich aber, wenn es sich um eine der gefährlichen Erkrankungen des respiratorischen Systems handelte, Erkrankungen, die mit hohem Fieber, Herzschwäche und allen anderen bedrohlichen Symptomen einhergingen, wo alles darauf ankam, eine rasche und gründliche Exspektoration der überlasteten Lungen herbeizuführen, ohne die Kräfte der Patienten zu sehr in Anspruch zu nehmen, wo mit einem Worte im Verzuge die größte Gefahr lag. Da war guter Rat teuer. Aber nicht allein die Exspektoration war es, die gefördert werden mußte, es galt auch das Fieber herabzusetzen, die bedrohlichen Herzsymptome zu beseitigen. Um allen diesen Indikationen zu genügen, mußte man zu einer kombinierten Medikation greifen, welche häufig einerseits den Widerwillen der Kranken erregte, andererseits aber infolge der durch die Wirkung auf die Magendarmfunktion bedingten zu geringen Dosierung vielfach im Stiche ließ. So kam es denn, daß bisher die Therapie der akuten Bronchitiden, ja sogar der Pneumonie eigentlich eine reine expektative war; wird sich doch kaum ein Arzt finden, der den verschiedenen Dekokten und Infusen mit voller Überzeugung irgend einen wirklichen Heilwert beimessen wollte.

Mußte man sich demnach in der Therapie der akuten fieberhaften Erkrankungen des Respirationstraktes eigentlich lediglich darauf beschränken, die bei längerer Dauer der Krankheit fast unvermeidlichen Symptome bedrohlicher Herzschwäche hintanzuhalten und im übrigen der Natur den größeren Anteil an der Heilung der Patienten zu überlassen, so gestalteten sich die Zustände bei der Behandlung des Keuchhustens zu beinahe tragischen. Mit gebundenen Händen mußte der Kinderarzt zusehen, wie die einzelnen Anfälle in immer kürzeren Intervallen aufeinanderfolgten, wie sich die Körper der kleinen Patienten in qualvoller Atemnot wanden, wie die cyanotische Gesichtsfarbe auf der Höhe der Attacke das Entsetzen der Eltern hervorrief. Welcher Arzt mag sich nicht schon als Charlatan vorgekommen sein, wenn er auf Drängen der Angehörigen immer wieder neue Rezepte verschreiben mußte, im voraus überzeugt, daß ihre Wirkung gleich Null sein würde. Monate hindurch dauerte dieser für alle Teile gleich peinliche Zustand, und wie ein Damoklesschwert schwebte stets über dem wissenden Arzte die Angst vor der kapillären Bronchitis und der Pneumonie, denen die Patienten beinahe ausnahmslos erlagen. Besserte sich aber nach vielwöchentlicher Dauer der Krankheit der Zustand der kleinen Märtyrer, so brauchte es dann erst recht viele Monate, bis sich der in seinen Grundfesten erschütterte Organismus wieder einigermaßen zu erholen vermochte, und durchaus nicht selten sind die Fälle, das konsekutive Erkrankungen den Patienten sein ganzes Leben hindurch begleiteten und ihm stets eine Mahnung an jenes noch so dunkle Gebiet ärztlicher Wissenschaft bedeuteten; ich erinnere hier nur an die im Gefolge der Pertussis so häufig auftretenden Mittelohrerkrankungen.

So standen die Dinge, als vor nicht langer Zeit ein neues Medikament auf dem Arzneimarkte auftauchte, das naturgemäß sofort das Mißtrauen der durch so viele Enttäuschungen vorsichtig gewordenen Ärztewelt erregte. Das Pyrenol, hieß es in der begleitenden Beschreibung, sei eine komplizierte chemische Verbindung, welche bei allen Erkrankungen des Respirationstraktes eine geradezu spezifische Wirkung entfalte. Das Fieber werde herabgesetzt und zwar allmählich, ohne plötzliche, schwächende Diaphorese hervorzurufen; der Hustenreiz werde gemildert, die Exspektoration gefördert. Ja, es übe einen kräftigenden Einfluß auf die geschwächte Ärztetätigkeit, und sei zum Überflusse noch ein gutes Sedativum und Nervinum. Soviel gute Eigenschaften von einem einzigen Medikamente zu verlangen, wäre der Ärzteschaft in ihren optimistischesten Träumen wohl niemals eingefallen. Und, siehe da, es stand im Prospekte der Fabrik, schwarz auf weiß gedruckt, daß sich diese ideale Förderung nun wirklich und wahrhaftig realisiert hätte. — In unserer Zeit, die kaum von Nihilismus bekehrt, Panaceen noch nicht recht zu glauben vermag, lag die Versuchung nahe, die Anpreisungen des Prospektes für marktschreierische zu halten und das Mittel unerprobt zu den vielen zu werfen, die kaum aufgetaucht, wieder vergessen waren. Indessen — sit venia verbo — in der Not frißt der Teufel Fliegen, id est, man entschloß sich zunächst in Krankenhäusern zu einem Versuche — und, siehe da, die Sache klappte, die herausgegebenen Berichte bestätigten zum großen Teile die Versicherungen der Fabrik. So schien denn das Präparat doch eines Versuches in der Praxis wert zu sein. Zunächst in kleinen, später in größeren Dosen wurde es von den Ärzten ihren Patienten gegeben, und alle bestätigten neuerdings die wohltuende Wirkung des Präparates. Ein Übelstand haftete ihm aber dennoch an, der widerliche, ziemlich brennende Geschmack, der trotz verschiedener Korrigentien sich nicht ganz verdecken ließ und schuld war, daß das Präparat nur von sehr willenskräftigen Kranken konsequent genommen wurde. Es Kindern einzugeben, erschien aber einfach unmöglich, so daß wir namentlich der Pertussis trotz des vorhandenen Mittels beinahe ebenso machtlos gegenüberstanden, wie vor der Darstellung des „Pyrenol". Da kam der Besitzer der „Kaiser Friedrich-Apotheke" in Berlin auf den Einfall, eine Lösung des Präparates mit Thymianextrakt unter Zusatz von Syrup zu versetzen. Das Thymianextrakt, welches schon vorher als Pertussin „Taeschner", Thymitussin, Extractum thymi saccharatum u. s. w. verwendet und nicht ganz unwirksam befunden worden war, bildete ein gutes Adjuvans des Pyrenols und hatte die Eigenschaft, durch seinen aromatisch-süßen Geschmack das Pyrenol vollständig zu verdecken, so daß die Hauptschwierigkeit bei der Verwendung des letzteren in Wegfall kam. Unter dem Namen „Bronchisan" wurde das neue Präparat in den Handel gebracht und Versuchsquanten davon den Ärzten zur Verfügung gestellt. Über meine Erfahrungen mit demselben mögen folgende kurze Krankengeschichten Aufschluß geben. Vorausgeschickt sei,



daß „Bronchisan“ von allen Kindern, denen ich es verabreichte, anstandslos genommen wurde, ja manche, namentlich ältere Patienten verlangten sogar aus eigenem Antriebe nach demselben.

Krankengeschichte I.

Rosa M., elf Monate, Taglöhnerskind. Patientin war bis zum dritten Monate an der Brust, wurde dann wegen Milchmangels der Mutter abgesetzt. Im Alter von sechs und sieben Monaten Rachitis, welche jetzt nach Gebrauch von Phosphorlebertran gebessert erscheint. Sonstige Krankheiten hat Patientin nicht durchgemacht. Seit 14 Tagen Husten, während der ersten zwei Tage angeblich Fieber, zeitweilig nach einem Hustenstoße Erbrechen von Schleim. Patientin ist ziemlich debil. Perkutorisch nirgends Schallverkürzung, dagegen auskultatorisch allenthalben zahlreiche mittelblasige feuchte Rasselgeräusche, Giehmen und Pfeifen. Diagnose: Bronchitis diffusa. Um die Wirkung von „Bronchisan“ zu prüfen, sehe ich vor allen anderweitigen therapeutischen Maßnahmen ab und verabreiche dreistündlich ein Kaffeelöffel des Präparates. Nach sechs Tagen dieser Medikation sind alle Rasselgeräusche sowie Husten geschwunden. Patientin ist bis auf die Reste von Rachitis gesund.

Krankengeschichte II.

Adolf G., sechs Jahre. Kaufmannssohn. Seit vier Tagen Schnupfen, zu dem sich seit dem letzten Tage trockener Husten hinzugesellt hat. Objektiv nichts nachweisbar. Ich spreche den Verdacht einer werdenden Pertussis aus, beschränke mich jedoch vorderhand auf die Darreichung von Ipecacuanha Infus. Nach weiteren acht Tagen stellt sich Patient wieder vor. Der Husten ist nunmehr zu vollständig typischen Pertussisanfällen ausgebildet, welche sich namentlich nachts 10—20mal wiederholen. Nun verordne ich neben viel frischer Luft Bronchisan zweistündlich einen Kaffeelöffel, worauf in den nächsten drei Tagen die nächtlichen Anfälle bedeutend seltener werden (4—5mal), der frühere zähe, glasige Schleim dünnflüssiger und undurchsichtiger wird, während die mikroskopische Untersuchung eine bedeutende Verringerung der Anzahl der früher sehr zahlreichen ösinophilen Zellen erkennen läßt. Nach Ablauf von vier Wochen seit Beginn der Erkrankung ist Patient vollkommen geheilt und imstande mit seinen Eltern die Reise nach Abazzia anzutreten.

Krankengeschichte III.

Egon B., 4 Jahre. Patient hat mit 2 Jahren Diphtheritis, ein Jahr darauf Skarlatina überstanden. Vor zwei Tagen plötzliche Erkrankung unter Erbrechen und hohem Fieber. Bei der Untersuchung hat Patient 39·5 Temperatur und weist im linken oberen Lungenflügel typische Pneumonie auf. Therapie nebst zweistündlich wechselnden Umschlägen, Bronchisan zweistündlich einen Kaffeelöffel. Nach den ersten vier Gaben sinkt das Fieber auf 38·3 und erhält sich während der ganzen Dauer der Krankheit mit geringen Schwankungen auf dieser Höhe. Die im Anfange geschwächte Herztätigkeit (120 Puls) hat sich gehoben (85—90). Der Husten leicht, Auswurf reichlich, nur schwach rötlich gefärbt. Am siebenten Tage Krisis unter geringem Schweißausbruche. Patient erholte sich in der Folge rasch.

Krankengeschichte IV.

Anna R., 8 Jahre. Seit vier Wochen Pertussis. Patientin hat in 24 Stunden bis zu 30 Anfällen und ist infolge der Anstrengung und der geringen Nahrungsaufnahme sehr geschwächt. Unter konsequenter Bronchisanmedikation sinkt die Zahl der Anfälle innerhalb der nächsten acht Tage auf zehn bis zwölf. Schleimauswurf viel leichter. Schleim weniger zähe und glasig. In der Folge verringert sich die Zahl der Anfälle immer mehr, bis sie sechs Wochen nach Beginn der Erkrankung völlig sistieren. Ein leichter Bronchialkatarrh, der zurückblieb, bessert sich bei fortgesetzter Bronchisanmedikation zusehends.

Krankengeschichte V.

Alexander B., 5 Jahre. Schwächliches Kind von blasser Gesichtsfarbe, weist mehrere Skrofelnarben auf. Patient hat im Alter von drei Jahren Pneumonie überstanden; sonst niemals krank gewesen. Seit drei Wochen trockener Husten, Schmerzen im Rücken, Appetitlosigkeit, Abmagerung. Seit acht Tagen kontinuierliches Fieber, welches zwischen 38·0 und 39 schwankt. Objektive Untersuchung erzielt perkutorisch verkürzten Schall über der linken Lungenspitze, rechts intensive Dämpfung vom angulceis scapulae nach abwärts. Auskultatorisch über dieser Partie abgeschwächtes Atmen, sehr schwachen Stimmfremitus. Von der Spitze bis zum angelceis scapulae deutliches Kompressionsatmen mit zahlreichen mittel- und kleinblasigen Rasselgeräuschen. Links über der Spitze bis zur Spina scapulae Bronchialatmen und feuchtes Rasseln, sonst mittelblasiges Rasseln, Giemen und Pfeifen. Diagnose lautet: Tbc. pulmonis sinistri, pleuritis dextra exsudativa Tbc., Therapie nebst Prießnitzumschläge um den Rosax, Bronchisan zweistündlich einen Kaffeelöffel. Der nächste Effekt dieser Therapie ist der, daß das seit acht Tagen bestehende Fieber unter leichter Diaphorese auf 37·6 sinkt und sich während der nächsten Tage auf dieser Stufe erhält. Der quälende, trockene Husten wird nach zirka acht Kaffeelöffel des Präparates lockerer, so daß Patient gelegentlich eines stärkeren Hustenstoßes eine große Menge eitrigen Schleimes erbricht. Nach vier Tagen dieser Medikation wird die Thorakokkenthese ausgeführt und zirka 3 bis 4 Liter einer serösen Flüssigkeit entleert. Bronchisan wird neben Thiokollebertran weiter gegeben, worauf das Fieber ganz weicht und Patient nur noch selten hustet. Körperzunahme um ungefähr 1 *kg*. Das mittelblasige Rasseln, sowie Giemen und Pfeifen bedeutend gebessert, worauf Patient nach dem Süden geschickt wird.

Krankengeschichte VI.

Marianne R., 8 Jahre. Patientin hat vor drei Jahren Skarlatina, vor einem Jahre Mabilli überstanden. Im Harn finden sich geringe Spuren von Albumen, vereinzelte agaline Zylinder. Seit zehn Tagen typische Pertussis. Die Eltern der Patientin wandten zuerst Hausmittel an, und als diese nichts halfen, riefen sie am zehnten Erkrankungstage meine Hilfe an. Die objektive Untersuchung ergibt an den Lungen negativen Befund. Die Anfälle sollen äußerst intensiv sein und namentlich des Nachts fünfzehn- bis zwanzigmal erfolgen. Therapie: Bewegung in frischer Luft, Bronchisan zweistündlich einen Kaffeelöffel. Die erste Portion wird ausgebrochen, wahrscheinlich infolge des Widerstandes der Patientin, wodurch ein Anfall ausgelöst wird. Die folgenden Gaben werden anstandslos genommen und vertragen. Nach dem zweiten Tage der Medikation verbringt Patientin die Nacht viel ruhiger. Es erfolgen im ganzen sechs Anfälle. Allerdings steigt die Anzahl derselben während der folgenden Nacht auf acht, um dann aber rapid abzusinken, so daß Patientin in der zweiten Behandlungswoche nur mehr zwei bis drei Anfälle in 24 Stunden hat. Diese selbst verlaufen viel milder, der erbrochene Schleim verliert den glasigen Charakter und wird gelblich-grau. In der vierten Behandlungswoche treten die Anfälle überhaupt nicht mehr auf, so daß Patientin als geheilt entlassen werden kann.

Aus diesen kurzen Auszügen läßt sich ersehen, daß Bronchisan in allen Fällen von Erkrankungen der Respirationsorgane mit Vorteil angewendet werden kann, namentlich aber gegen Pertussis ein wirklich wirksames Präparat darstellt.

II. Referate.

Beiträge zur Behandlung der Laugenverätzungen der Speiseröhre. Von Dr. Alfred Bass.

B. stellt für die Behandlung der Laugenverätzungen der Speiseröhre folgende Leitsätze auf:

1. Die Behandlung der frischen Verätzung soll möglichst bald nach Abklingen der akuten Erscheinungen — in leichten Fällen also schon im Beginne der dritten Woche — einsetzen. Zur Bougierung empfehlen sich die weichen, mit Bleidraht gefüllten Bougien.

Die Behandlung ist möglichst lange fortzusetzen.



2. Die Behandlung in späten Stadien zur Beobachtung kommender Strikturen, insbesondere solcher hohen Grades, muß sich nach dem Ernährungszustand des Kranken richten. Bei stark ausgehungerten Pat. oder bei Strikturen, die nicht einmal mehr flüssige Nahrung durchlassen, ist einzig und allein die rasch auszuführende Gastrostomie zur ehebaldigsten Hebung des Ernährungszustandes angezeigt. Ist es gelungen, den Pat. aufzufüttern, dann beginnt von der Gastrostomiefistel her die „Bougierung ohne Ende“. Die Magenfistel darf erst dann zum Verschluß gebracht werden, wenn die ungestörte Passierbarkeit des Ösophagus gesichert erscheint.

3. Bei schwer sondierbaren, jedoch mindestens für flüssige Nahrung durchgängigen Strikturen und wenigstens relativ gutem Ernährungszustand ist nach unseren bisherigen Erfahrungen eine Behandlung mit Thiosinamininjektionen (eine halbe bis eine ganze Spritze 15%iger Lösung, zwei- bis dreimal wöchentlich) zu versuchen; bleibt diese erfolglos, dann ist die Anzeige für Gastrostomie und Bougierung ohne Ende eingetreten.

4. Nachdem durch die Thiosinaminbehandlung erfahrungsgemäß nicht nur jüngere Narben erweicht, sondern auch ältere Entzündungsherde wieder mobilisiert werden können, so erscheint sie kontraindiziert bei Vorhandensein frischer Operationsnarben, bei Tuberkulösen usw. Es hat also die Einleitung einer Thiosinaminbehandlung stets eine genaue Untersuchung des ganzen Körpers vorauszugehen. (Wr. klin. Wochenschr. Nr. 11, 1907.)

*

Die chirurgische Behandlung der Basedowschen Krankheit. Von Dr. Kurt Schultze.

Sch. äußert sich wie folgt: Zur rechten Zeit den Basedowkranken zur Operation zu bringen, ist die schwierige aber dankbare Aufgabe des Praktikers, denn wie wir sehen werden, ist der Operationserfolg von der Intensität und Dauer der Erkrankung in hohem Grade abhängig. Er referierte über an 50 Basedowkranken vorgenommene Operationen und waren die Operationserfolge prozentualiter folgende:

Heilung 72%
Besserung 12%
Mißerfolg 2%
Todesfälle 12%.

Den Wert der Operation kann man am besten erkennen, wenn man ihren Einfluß auf die einzelnen vorstechenden Krankheitsäußerungen sich vergegenwärtigt. Wir beobachteten dieselben bei unseren Kranken in folgendem Prozentverhältnis:

Struma 100%
Tachykardie 94%
Herzpalpitationen 94%
Exophthalmus 92%
Psychische Störungen 68%
Tremor 66%
Kopfschmerzen 52%
Schlaflosigkeit 40%
Schwitzen 36%
Abmagerung 30%
Graefes Symptom 30%
Erbrechen und Durchfälle 28%
Stellwags Symptom 22%
Möbius Symptom 14%.

Die Struma wurde durch die Operation stets bis auf einen etwa hühnereigroßen Kropfrest entfernt. Wir haben bei unseren Kranken siebenmal, d. h. in 14% der Fälle ein Rezidivieren des Kropfes und damit ein Wiedereinsetzen des Basedow beobachtet. Zwischen Operation und beginnendem Rezidiv lagen Zeiträume von neun Wochen bis neun Jahren. Die Rezidivoperation war bei dem stets gebesserten Allgemeinbefinden immer ein kleiner Eingriff, der für den Kranken keinerlei Gefahren bot und immer gut überstanden wurde.

Der Einfluß der Operation auf die kardialen Symptome war meist sehr prompt und auffällig und zeigte sich manchmal überraschend schnell unmittelbar nach der Operation. In allen unter „Heilung“ rubrizierten Fällen verschwanden die zum Teil schweren Herzsymptome, und selbst die bereits eingetretene Dilatation und die Geräusche waren später meist nicht mehr nachweisbar. Auch die „gebesserten“ Kranken wurden von ihren Herzbeschwerden meist vollständig befreit, wenn nicht, so ließ sich in jedem Falle objektiv wie subjektiv ein günstiger Einfluß auf das Herz feststellen.

Alle Störungen von seiten des Nervensystems wurden durch die Entfernung der Struma günstig beeinflußt, oft in unmittelbarem Anschluß an die Operation. In der weiteren postoperativen Beobachtungszeit bildeten sich selbst die schwersten und langwierigsten nervösen und psychischen Störungen noch zurück.

Neben Struma und Tachykardie gehört zum typischen Bilde des Basedow der Exophthalmus, den wir nur bei vier von unseren 50 Kranken vermißten. War derselbe hochgradig, so wurde auch über Augendruck, Flimmern und vermehrten Tränenfluß geklagt. Im allgemeinen bildete sich das Vorgetriebensein der Bulbi nur langsam nach der Operation zurück, konnte aber gelegentlich schon während der Rekonvaleszenz beobachtet werden. In vielen Fällen blieb aber nach anfänglich erheblichem Zurückgehen ein mäßiger Exophthalmus dauernd bestehen, ebenso wie gelegentlich auch das Graefe-, Möbius- und Stellwagsche Symptom noch nach Jahren nachweisbar blieb, besonders wenn die Augenveränderungen vor der Operation schon jahrelang bestanden hatten. Jedenfalls gehören die Augensymptome zu denjengen Krankheitserscheinungen, die, einmal vorhanden, relativ am wenigsten Neigung zur vollständigen Rückbildung haben.

Die Störungen der Haut spielten bei unseren Basedowkranken keine sehr große Rolle. Am häufigsten beobachteten wir eine abnorm reichliche Schweißsekretion, die für die betreffenden Pat. sehr lästig war. Teils äußerte sich die Hypersekretion in einem ständigen Feuchtsein der Haut bestimmter Körperteile oder des ganzen Körpers, teils in spontan oder durch leichte psychische oder körperliche Erregungen ausgelöste profuse Schweißausbrüche oder in regelmäßigen Nachtschweißen. Sonst wurde von Alterationen der Haut bedeutender Haarausfall, seltener eine ausgesprochene Brüchigkeit der Nägel beobachtet; Dermographie und Pigmentationen gehörten zu den Seltenheiten. Diese Hautsymptome verschwanden fast vollständig in der postoperativen Zeit, vor allem das die Kranken sehr angreifende Schwitzen.

Störungen im Bereiche des Verdauungstraktus fanden wir bei den schweren Formen des Basedow nicht sehr selten. Prognostisch sind sie von Bedeutung, da sie in hohem Grade die Kräfte des Kranken konsumieren können. Erbrechen oder Durchfälle, jedes für sich oder vereint, fanden wir bei 14 unserer Kranken. Bis auf drei Fälle verschwanden die Störungen des Magendarmkanals im Anschlusse an die Strumektomie vollständig. Meist konnte auch eine beträchtliche Gewichtszunahme bald nach der Operation festgestellt werden; andere klinische Beobachter haben ein Verschwinden der Stoffwechselstörung sofort nach erfolgter Operation feststellen können, Störungen, die durch Antithyreoidin Möbius und durch Rodagen, die sogenannten spezifischen Basedowmittel unbeeinflußt blieben.

Hand in Hand mit dem Verschwinden der einzelnen Krankheitssymptome hob sich in allen Fällen das daniederliegende Allgemeinbefinden, die körperliche und psychische Schwäche.

In allen unseren tödlich endenden (6) Krankheitsfällen handelte es sich um Pat., bei denen die Herzsymptome das Krankheitsbild beherrschten; bei vier derselben wurde zur Operation die Allgemeinnarkose angewandt, die beiden anderen wurden unter Lokalanästhesie operiert. Die Narkose ist für einen Herzkranken an sich schon stets eine Gefahr, um wie viel mehr bei einem Basedowkranken, dessen Erkrankung nach unserer Auffassung eine schwere Intoxikation zugrunde liegt. Mit der Narkose fügen wir nun eine weitere schwere, wenn auch vorübergehende Vergiftung hinzu, der das geschwächte Herz oft nicht mehr gewachsen ist. Daß eine Basedowkropfoperation bei dem enormen Gefäßreichtum der



Struma oft einen nicht unerheblichen Blutverlust verursacht, ist wohl sicher, aber nicht von so verhängnisvoller Bedeutung. Wir haben also im wesentlichen als Ursache des Todes unserer Operierten die Herzschwäche des Kranken anzusehen, der eine Narkose und ein größerer Blutverlust nicht zugemutet werden kann. Können wir nun diese Momente ausschalten oder wenigstens in ihrer Gefährlichkeit herabmindern?

Die Narkose können wir vermeiden. In der Schleichschen Infiltrationsanästhesie und in der Leitungsanästhesie nach Braun haben wir einen ausgezeichneten, absolut gefahrlosen Ersatz. Ohne jede Schmerzhaftigkeit können die schwierigsten Kropfexstirpationen unter nur mäßigen Unannehmlichkeiten für die Operierten durchgeführt werden. Durch Vermeidung der für das Herz gefährlichen Allgemeinnarkose ist die Operationsmortalität an der Jenenser Klinik z. B. von 12 auf 8% gesunken. Aber auch der Grundursache können wir zu Leibe gehen: Wir müssen den Basedowkranken operieren, ehe die gefahrdrohende Herzschwäche eingetreten ist. Hier erwächst dem Arzt in der Praxis eine dankbare Aufgabe: er soll seine Basedowpatienten zum Chirurgen schicken, ehe diese fatale Komplikation eingetreten ist. Sehr oft wird freilich der Kranke schon mit erheblichen Herzstörungen die erste ärztliche Hilfe aufsuchen. Dann soll nicht viel Zeit verloren werden und wenn die Beschwerden nicht bald besser werden, ist die Operation je eher, je besser, indiziert. (Die Heilkunde, Heft 3, 1907.)

*

Die Behandlung der Myome. Von Dr. Siefart.

Zwei Symptome stehen im Vordergrund, welche die Patienten veranlassen, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen: die Blutungen und die Druckerscheinungen.

Es ist Tatsache, daß selbst sehr kleine Myome, wenn sie dicht unter der Schleimhaut liegen, außerordentlich heftige, selbst erschöpfende Blutungen machen können, während häufig mannskopfgroße Geschwülste fast ohne Beschwerden jahrelang ertragen werden, und die mit solchen behafteten Patienten nur in Behandlung kommen, wenn sie selbst die große Geschwulst im Leibe gefühlt haben und nun durch diese geängstigt werden, oder wenn Druck auf die Nachbarorgane oder Torsionen akute Belästigungen verursachen.

Zur medikamentösen Therapie gehören alle die Arzneistoffe, welche im allgemeinen auch sonst zum Zweck der Bekämpfung von Blutungen aus dem Genitaltraktus verwendet werden, mag man ihre Wirkung nun auf eine Beeinflussung der Blutbeschaffenheit oder die Kontraktion der glatten Muskelfasern zurückführen. Es kommen hauptsächlich in Betracht das Secale cornutum, das Hydrastis (am besten als Extrakt. hydr. cannad. sicc. in Pillenform 1:100 *g* Pillenmasse, davon dreimal täglich drei Pillen zu nehmen) und das Viburnum prunifolium (am besten in Tropfenform als Fluidextrakt anzuwenden) zu nennen. Welches von den dreien den Vorzug verdient, läßt sich schwer sagen, Verf. will es scheinen, als ob das älteste, das Sekale, welches in den verschiedensten gut einzunehmenden Formen in den Handel kommt, immer noch das beste ist.

Die Wirkung der zweiten Gruppe von Arzneistoffen, die als Hämostyptika besonders bei Blutungen aus dem weiblichen Genitaltraktus gelten, ist die Stärkung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes. Hiezu gehört vor allem das Styptol, welches wegen seiner entschieden größeren Wirksamkeit und seinem völligen Mangel an irgend welchem unangenehmen Geschmack und unangenehmen Nebenwirkungen das ältere Styptizin gänzlich verdrängt hat.

Die örtlich-mechanische Therapie kann zunächst ebenfalls symptomatisch wesentliche Dienste leisten, und in sehr vielen, wenn auch nicht gerade in der Mehrzahl aller Fälle, kommt man mit Anwendung dieser Mittel aus. Jedoch sei ausdrücklich hervorgehoben, daß sie ebenfalls, wie alle symptomatischen Mittel, den Nachteil haben, daß sehr häufig ihre Wiederholung nötig wird. Im Vordergrunde stehen hier alle diejenigen Mittel, welche darauf hinstreben, die Schleimhaut des Uterus zu zerstören.

Die beste und wirksamste Therapie dieser Gruppe ist auch heutzutage noch das Kurettement. Wie sehr auch die Versuche sich häufen, das Kurettement zu diskreditieren, wir haben keinen Ersatz dafür in allen den Fällen, wo es sich um hyperplastische Schleimhaut handelt, nur ist bei großen Myomen zu bedenken, daß seine wirksame Anwendung eine Grenze hat. Es liegt auf der Hand, daß bei den vielfachen Ausbuchtungen, Windungen und Schlängelungen, welche der Zervikalkanal und das cavum uteri bei großen Myomen erfährt, die Kurette unmöglich alle Stellen, die gewucherte Schleimhaut tragen, genügend treffen kann, und deshalb wird diese sonst so souveräne Therapie beim Myom häufig versagen. Symptomatisch bleibt auch diese, denn von den tiefliegenden Drüsen und den stehengebliebenen Inseln aus erneuert sich nach einiger Zeit die Schleimhaut. Die wirksamste Unterstützung dieser Therapie stellt die nachfolgende Ätzung mit tiefgreifenden Ätzmitteln dar, von denen das Chlorzink in 50%iger Lösung alle an Zuverlässigkeit übertrifft, auch das von vielen sehr empfohlene Formalin. Auch die Anwendung des heißen Dampfes zeigt oft überraschende, wenn auch bald vorübergehende Erfolge und hat sich eine dauernde Position in der Therapie erworben. Sie hat zwei sehr große Vorzüge: Sie ist auch ohne vorhergehendes Kurettement wirksam und kann ohne Narkose angewendet werden, nur muß man durch gleichzeitiges Einspülen kühlen Wassers in die Scheide dafür sorgen, daß daselbst keine Verbrennungen stattfinden. Während nämlich das cavum uteri gegen die hohe Temperatur des Dampfes fast völlig unempfindlich ist und erst nach Anwendung mehrere Minuten lang den Patienten zum Bewußtsein kommt, ist die Scheide und der Introitus außerordentlich empfindlich gegen die leiseste Spur von Hitzewirkung, und dort stattfindende Verbrennungen verursachen lebhafteste Schmerzen.

Außer dieser mehr oder weniger symptomatischen, örtlich-mechanischen Therapie können wir nun weiterhin die radikale unterscheiden. Diese hat den Vorzug, daß sie beide Arten der Beschwerden, die Blutungen sowohl wie die Druckerscheinungen, zugleich beseitigt, so daß die Therapie der Druckerscheinungen nicht getrennt abgehandelt zu werden braucht. Gemeinsam ist ferner allen Formen der radikalen Therapie, daß sie auf Entfernung und gänzliche Ausrottung der einzelnen Tumoren resp. der ganzen Geschlechtsorgane abzielt, nur unterscheiden sich die einzelnen Methoden graduell. Es ist klar, daß man auf diesem Wege sehr verschieden weit vorgehen kann, von der unscheinbarsten Entfernung eines einzelnen kleineren Tumors bis zur gänzlichen Ausrottung der Geschlechtsorgane, im engeren Sinne Radikaloperation. Damit ist zu gleicher Zeit das eine auch gesagt: Radikal kann nur Hilfe durch die blutige Operation geschaffen werden, nur ist die Operationsmethode und die Frage, wie weit man die Operation ausdehnen soll, von der Ausdehnung der Erkrankung abhängig zu machen.

Die einfachste und älteste Methode ist die Enukleation der einzelnen Tumoren mit Erhaltung des Uterus.

Eine besondere Unterabteilung bilden diejenigen Fälle, bei welchen nur ein isoliertes oder mehrere kleine Myome submukös ihren Sitz haben. Hier kann man entweder den Zervikalkanal mit Hegarschen Hartgummidilatatoren erweitern, oder denselben vorn nach Abschiebung der Blase spalten, und dann von der Schleimhaut her die Myome enukleieren. So naheliegend und einfach diese Methode erscheint, so ergibt sie doch nicht so häufig gute Resultate. Es ist sehr schwer, in der Tiefe das stark blutende Geschwulstbett zu vernähen, und dieses ergibt eine zerrissene, unebene Wundfläche, die sehr leicht Infektionen ausgesetzt ist, so daß man häufig danach parametritische Exsudate, ja sogar Allgemeininfektionen sieht; außerdem besteht die Gefahr, daß das Myom die ganze Wand durchsetzt und daß bei der Enukleation vom Zervikalkanal her das Peritoneum eröffnet wird.

Was die operativen Methoden anbetrifft, so kommen in Betracht: die supravaginale Amputation, die abdominale und die vaginale Totalexstirpation.



Der vaginalen Totalexstirpation ist, wenn es irgend angängig ist, entschieden der Vorzug zu geben.

Was endlich die Bädertherapie anbelangt, so stehen im Vordergrund die Soolbäder verschiedenster Form, in zweiter Linie kommen die Moorbäder in Betracht. Ihre Wirksamkeit ist mehr als zweifelhaft, und insofern besteht ein grundsätzlicher Unterschied zwischen den Myomen und den entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Genitalien. Alle Berichte, die über angebliche Rückbildung und Besserung dieser Erkrankung durch Soolbäder gemacht werden, beruhen unserer Erfahrung nach auf Selbsttäuschung. (Die ärztl. Prax. Nr. 4, 1907.)

III. Literatur.

Woher kam das Leben? Von Harald Edwardson. Verlag Papauschek, Mähr.-Ostrau. R. Hoffmann, Leipzig, 1906.

Verf. sucht diese Frage in durchaus origineller Weise zu lösen. Die Beweise für seine Theorie nimmt er zum großen Teil aus der Elektrizitätslehre; die bezüglichen instruktiven und mit ganz einfacher Apparatur ausführbaren Experimente sind geeignet, das allgemeine Interesse auf sich zu lenken. Zudem ist die Sprache der Broschüre so klar und einfach, daß die Lektüre dieses Büchleins jedermann aufs wärmste empfohlen werden kann. H.

Lehrbuch der Intoxikationen. Von Prof. Dr. R. Kobert. II. Band, zweite Hälfte. F. Enkes Verlag. Stuttgart, 1906.

Mit dem vorliegenden Bande ist die zweite fast völlig umgearbeitete Auflage des Kobertschen Werkes beendet. Neben dem Bienenfleiß des Autors, der die gesamte vorhandene Literatur zusammentrug und benutzte, ist auch die Fruchtbarkeit seiner Schule zu bewundern. Es gibt kein Kapitel, fast keine Seite, wo der Autor nicht über eine eigene oder eine aus seinem Institut stammende Arbeit berichten könnte. — Im vorliegenden Band bespricht Autor die Blutgifte und Gifte, welche ohne schwere anatomische Läsionen töten, anfangs auch den Rest der anatomische Veränderungen setzenden Gifte. — (Schluß zu Band II, erste Hälfte.) Das Werk berücksichtigt in seinem Nachtrag auch die allerneuesten Erfahrungen und ist mit einem genauen Sachregister ausgestattet, so daß es sich, wie wohl in der Pharmakologie und Tonikologie kaum ein zweites als zuverlässiges Nachschlagebuch eignet. H.

IV. Sitzungsberichte.

Der erste österreichische Kinderschutzkongreß in Wien.

K. Nicht mit Unrecht nennt man unser Jahrhundert das Jahrhundert des Kindes. Kinderschutz, Kinderarbeit, die Kunst für das Kind, lauten die Schlagworte, die sehr verschiedene Dinge zusammenfassen, die nur geeint sind durch das tiefergehende Interesse, das man dem Kinde schenkt. Auch die juristischen Fragen, die damit zusammenhängen, erheischen eine Neuregelung; durch Verordnungen wurde dafür gesorgt, daß die Minderjährigen im Strafverfahren des Rechtsschutzes im vollen Maße teilhaftig werden. Andere haben die Begnadigung Jugendlicher zum Gegenstande, der Strafvollzug wurde durch Sonderung Jugendlicher von älteren Verbrechern, Schaffung von Jugendabteilungen in Gefängnissen, Normierung besonderen Vollzuges der Verschließungsstrafe an Unmündigen geregelt. Eine andere Seite unseres Wesens klingt an, wenn wir das erschütternde Kapitel der Kindermißhandlungen berühren.

Alle diese Fragen kamen auf dem ersten österreichischen Kinderschutzkongresse zur Erörterung. Zwei Männer haben besondere Verdienste an seinem Zustandekommen, der ehemalige Minister Dr. J. M. Baernreither (Verfasser der „Jugendfürsorge und Strafrecht in den Vereinigten Staaten von Nordamerika“) und Doz. Heinrich Reicher (Verfasser des „Die Fürsorge für die verwahrloste Jugend“). Den Teilnehmern des Kongresses lagen zwei Bände vor.

Der erste Band handelt von den Ursachen, Erscheinungsformen und der Ausbreitung der Verwahrlosung von Kindern und Jugendlichen in Österreich und enthält Einzeldarstellungen aus allen Teilen Österreichs.

Die diesen Berichten vorangestellte Einleitung stammt aus der Feder Dr. Baernreithers und faßt die aus ihnen sich ergebenden Ursachen der Verwahrlosung unter gemeinsame Gesichtspunkte zusammen. Sie selbst erhalten ihre besondere Bedeutung dadurch, daß sie unter Führung des Justizministeriums gesammelt wurden, ihre Verfasser bei Zusammenstellung des Materiales dort, wo es auf Benützung amtlicher Quellen ankam, bereitwilligstes Entgegenkommen fanden, sowie daß sie vermöge ihrer Stellung, Kenntnisse und der engen Fühlung mit den speziellen Verhältnissen der einzelnen Länder ihrer Aufgabe gerecht werden konnten.

Erfreuliches ist aus den Berichten nicht zu entnehmen; klar und eindringlich, vielfach belegt mit statistischem Materiale, schildern sie die traurigen Verhältnisse, die allenthalben angetroffen wurden, zeigen aber auch, wo helfend und verbessernd einzugreifen ist, und eröffnen damit und mit dem Hinweise, daß das Reformwerk im Gange ist, doch wieder einen trostreichen Ausblick in die Zukunft.

Der zweite Band der Kongreßschriften bringt die Gutachten zu den einzelnen Verhandlungsgegenständen, gegliedert nach den drei Programmpunkten, als welche Kinderschutz, Fürsorgeerziehung und Jugendstrafrecht aufgestellt worden waren.

Über die wichtige Frage, ob es sich empfehle, gewissen Vereinen und Anstalten oder Körperschaften, in deren Obsorge ein Kind sich befindet, die Rechte und Pflichten der Vormundschaft zu übertragen, sind von Hofrat Dr. Hugo Schauer, Dr. Eduard Prinz Lichtenstein, Magistratsdirektor Dr. Rich. Weiskirchner und Universitätsdozenten Dr. Heinrich Reicher nicht übereinstimmende Gutachten erstattet worden, so daß hier die Diskussion sich sehr lebhaft gestalten dürfte.

Hofrat Professor Dr. Lammasch und Doz. Dr. August Miricka besprechen die Reformen auf strafrechtlichem Gebiete zum Schutze der Gesundheit, sowie der körperlichen und moralischen Integrität von Kindern.

Dr. Heinrich Reicher hat seinem Gutachten über die Organisierung der Fürsorgeerziehung in Österreich einen vollkommen ausgearbeiteten mit einem Motivenberichte versehenen Gesetzentwurf betreffend die Fürsorgeerziehung Minderjähriger beigefügt und hiebei auf die durch dieses bedingten Abänderungen des allgemeinen Strafgesetzes, sowie der Nebengesetze Bedacht genommen, welche die Landstreicherei, Betteln und Besserungsanstalten betreffen.

Professor Dr. Adolf Lenz in Czernowitz stellt am Schlusse seines Gutachtens über Jugendstrafrecht die Leitsätze hinsichtlich des materiellen Strafrechtes und des Strafverfahrens zusammen. Die bemerkenswertesten der ersteren sind die, daß er die Altersstufe der Kindheit, in welcher eine Verfolgung wegen strafbarer Handlungen nicht stattfinden soll, bis zum vollendeten 14. Lebensjahre schiebt, im Alter vom 14. bis 18. Jahre je nach den Umständen entweder Strafnachsicht, Stellung unter Bewährung und Nacherziehung und nur dann Bestrafung eintreten lassen will, wenn die Tat aus arger sittlicher Verderbnis entsprungen ist, oder die Höhe der angedrohten Strafe nicht Strafnachsicht gestattet.

Die meritorischen Verhandlungen des Kongresses begannen am 18. März. Sie fanden unter dem Präsidium Dr. Baernreithers statt. Die Einteilung war folgende:

Gruppe 1, Kinderschutz *A* umfaßt die Fragen: 1. Welche Maßnahmen wären zum Schutze der bei fremden Personen in Pflege stehenden Kinder (Zieh-, Halte- und Kostkinder) einzuleiten und welche Rechte wären den Pflegeeltern in Ansehung dieser Kinder zu gewähren? 2. Empfiehlt es sich, gewissen Vereinen und Anstalten oder Körperschaften, in deren Obsorge sich ein Kind befindet, die Rechte und Pflichten der Vormundschaft zu übertragen, eventuell unter welchen Voraussetzungen und Bedingungen empfiehlt sich dies? 3. Empfiehlt es sich, in den einzelnen Gemeinden Organe der Selbstverwaltung



zu schaffen, welche die Gerichte in der Ausübung ihrer pflegschaftsbehördlichen Funktionen zu unterstützen hätten? 4. Welche besonderen sanitären Verhältnisse kommen in den Fragen des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge in Betracht und welche Maßnahmen sind hier in erster Linie zur Anwendung zu bringen? Die 2. Gruppe *B*: Empfiehlt es sich, zum Schutze der Gesundheit sowie der körperlichen und moralischen Integrität von Kindern besondere strafrechtliche Normen aufzustellen? Ursachen der Kindermißhandlung und Abhilfe dagegen; Erfahrungen der Gerichtsärzte in Fällen von Kindermißhandlungen. Die 3. Gruppe: Fürsorgeerziehung in Österreich, und Gruppe 4: Jugendstrafrecht (Grundzüge des Jugendstrafrechtes für Österreich).

Die Frage „Welche Maßnahmen wären zum Schutze der bei fremden Personen in Pflege stehenden Kinder (Zieh-, Halte- und Kostkinder) einzuleiten, und welche Rechte wären den Pflegeeltern in Ansehung dieser Kinder zu gewähren?" behandelt Berichterstatter Landesrat Dr. Casper, Graz, zunächst das den zweiten Teil der gestellten Frage erörternde Gutachten des Landesgerichtspräsidenten Dr. v. Vittorelli. Die Frage nach der Übertragung von elterlichen, beziehungsweise vormundschaftlichen Rechten an die Pflegepartei sei mit Rücksicht auf das Schutzbedürfnis der Kinder zu beantworten.

In dem von Primararzt Dr. Riether erstatteten Gutachten wird der für Pflegekinder erforderliche Schutz gefordert: *a)* Vor der Geburt durch Unterstützung der in der letzten Zeit der Schwangerschaft minder erwerbsfähigen, zugleich im Interesse des Kindes von schwererer Arbeit fernzuhaltenden Mutter; *b)* für den Zeitpunkt der Geburt selbst durch Ermöglichung einer Entbindung unter sanitär günstigen Verhältnissen; *c)* für die Zeit nach der Geburt mit besonderer Rücksichtnahme auf die Ermöglichung des Selbststillens.

Das von Obersanitätsrat Dr. Dvorak, Prag, ausgearbeitete Gutachten, welches die Verhältnisse des Findelwesens in Böhmen eingehend behandelt, fordert eine Regelung des Pflegekinderwesens im weitesten Umfange auf einheitlicher gesetzlicher Grundlage.

Zu dem in gedrängter Kürze wiedergegebenen Inhalte der bezeichneten Gutachten Stellung nehmend, äußert Berichterstatter Dr. Casper zunächst Bedenken gegen die Forderung, daß die Abgabe von Kindern in fremde Pflege nicht ohne behördliche Bewilligung stattfinden könne. Die Abgabe selbst könne hiebei allerdings verhindert werden, allein der zunächst angestrebte Zweck, dem Kinde die bessere mütterliche Pflege zu sichern, werde nicht sicher erreicht, da die Beschaffenheit der Pflege seitens der Mutter nicht erzwungen werden könne. Hinsichtlich der in den Gutachten geforderten unentgeltlichen Beistellungen erachtet der Berichterstatter eine Einschränkung dahin als erforderlich, daß diese Beistellungen nur insoweit in Frage zu kommen haben, als die Höhe des Kostgeldes und die Verhältnisse der Alimentationspflichtigen dies als notwendig erscheinen lassen. Eine ganz hervorragende Bedeutung spricht der Berichterstatter der Wahrung und Geltendmachung der Rechte des Pflegekindes gegenüber den Alimentationspflichtigen zu, und zwar in erster Linie hinsichtlich der Findelkinder, dann der in Gemeindeversorgung stehenden Kinder, endlich auch aller übrigen Pflegekinder.

Das nächste Referat über die Frage 5: „Welche besonderen sanitären Verhältnisse kommen in den Fragen des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge in Betracht und welche Maßnahmen sind hier in erster Linie in Anwendung zu bringen?" erstattete Professor Dr. M. Sternberg, Primararzt in Wien. Es liegt über diese Frage das Gutachten des Professors Dr. Schattenfroh dem Kongresse vor. Der Berichterstatter schließt sich den Ausführungen dieses Gutachtens vollinhaltlich an und fügt zur Ergänzung desselben eine Betrachtung der sanitären Verhältnisse im Säuglingsalter, in der späteren Kindheit, in der Schule, in der Anstaltserziehung, bei den Lehrlingen, den jugendlichen Hilfsarbeitern, den Heimarbeitern und den jugendlichen Dienstboten bei. Der Referent gelangt zu dem Schlusse, man erkenne aus dieser skizzenhaften Darstellung, daß gegenüber den sanitären Schäden, die zur Sprache kamen, die charitative Tätigkeit des Einzelnen und der rührigsten Vereine unzureichend ist. Umfassende soziale Maßregeln seien erforderlich, um eine Besserung der Verhältnisse herbeizuführen.

(Schluß folgt.)

Der III. Pellagrakongreß in Mailand.

Ende September 1906 tagte in Mailand der III. Pellagrakongreß.

Bei dem Mailänder Kongreß waren 69 Pellagrakommissionen vertreten, hauptsächlich italienische. Österreich war durch Dr. v. Probizer vertreten. Das Arbeitspensum des Kongresses teilte sich in ein medizinisches, agrarisches und legislatives.

Unterstaatssekretär Sanarelli eröffnete den Kongreß.

Dr. Antonini vertrat die Partei der Kontrolle des Mais und seiner Produkte.

Der Kongreß nahm den Bericht Antoninis zur Kenntnis und akzeptierte den Standpunkt, die amtliche Kontrolle des Mais habe sich nicht auf das einzige Kriterium der äußeren Merkmale des Mais zu beschränken, sondern solle sich vielmehr auch auf dessen organische Merkmale, chemische, biologische und toxikologische Eigenschaften erstrecken.

Der Mais müßte demnach einer allgemeinen Inspektion unterzogen, seine Keimfähigkeit festgestellt, die Gosiosche Reaktion vorgenommen, der Säuregehalt untersucht und müßten schließlich die Maisextrakte versuchsweise Mäusen eingeimpft werden.

Nach eingehender Diskussion über die Beschränkung im Anbau des Mais und die gänzliche Ausschließung des Cinquantino wurde hierüber eine Tagesordnung folgenden Inhaltes angenommen:

a) In Gegenden, wo der Mais nicht zur vollen Reife gelangt und sein Produkt folglich nicht haltbar ist, sollte dessen Anbau untersagt sein.

b) Der Anbau des Mais sollte durch Leguminosen ersetzt werden.

c) Der allgemeinen Besserung der Agrarverhältnisse sollte große Aufmerksamkeit zugewendet werden.

d) In Gebirgsgegenden sollte überhaupt kein Mais angebaut werden.

e) Der Anbau des Cinquantino sollte nicht gestattet sein.

Hierauf wurde der Vorschlag Dr. Ceresolis betreffs Errichtung von Trockenöfen und Gemeindespeichern in Beratung gezogen.

Der Kongreß erkannte die hohe Bedeutung und die Nützlichkeit einer sorgfältigen Aufbewahrung des Mais und forderte die Mitwirkung aller in Agrarangelegenheiten kompetenten Faktoren, um mit sämtlichen zu Gebote stehenden Mitteln die Verwirklichung der entsprechenden Präventivmaßregeln anzustreben, während den landwirtschaftlichen Wanderlehrern die Aufgabe zufiele, diesen Grundsätzen Verbreitung zu verschaffen.

Als indirekte Maßregel zur Bekämpfung der Pellagra billigte der Kongreß die Bestellung von Versuchsfeldern, welche, von Professor L. Meschinelli angeregt, sich bei uns bereits in Durchführung befinden.

Ferner wurde auf Antrag Dr. Camurris eine Tagesordnung angenommen, welche die Bedeutung der Agrargenossenschaften als indirektes Mittel zur Bekämpfung der Pellagra anerkennt, das den wirtschaftlichen Wohlstand der Landbevölkerung zu heben geeignet ist.

Es wurde sodann das italienische Pellagragesetz in Diskussion gezogen und mehrere Vorschläge wurden gemacht. Ich erwähne einige von diesen, die auch für uns von Wichtigkeit sind und zum Teile bereits in unserem Pellagragesetze Berücksichtigung fanden.

1. Gewährung von Belohnungen für jene Sanitätspersonen, welche sich bei Durchführung der Maßregeln zur Bekämpfung der Pellagra hervorgetan haben.

2. Verpflichtung der Gemeinden, ihre Pellagrakranken in Spitälern oder im Landes-Pellagrosarium — wo ein solches besteht — unterzubringen.



3. Dem Mais ausländischer Provenienz werde auch nicht für den geringfügigsten Prozentsatz an schadhaften Körnern Toleranz gewährt.

4. Der Anbau des Quarantino und Cinquantino sei in legislativem Wege abzuschaffen, ebenso soll — nach eingeholtem Parere des Landes-Sanitätsrates und der Pellagrakommission — der Anbau des Mais in Gegenden, deren Höhenlage sein völliges Ausreifen erwiesenermaßen nicht zuläßt, verboten werden können.

5. Schadhafter Mais, sei er inländischer oder ausländischer Provenienz, soll überhaupt nicht vermahlen werden dürfen.

Der wissenschaftliche Teil des Kongresses, welcher insbesondere das ernste Problem der Ätiologie betrifft, wurde eingehend von Gosio, Ceni, Antonini, Terni und Tiraboschi erörtert. Wahrhaft neues ist auf diesem Gebiete nicht zu verzeichnen, sondern nur hervorzuheben, wie seit dem Kongresse von Bologna das Studium des Maisgiftes eifrig fortgeschritten ist.

Gosio behauptet, daß sämtliche Produkte des Schimmels, seien sie Penicillia oder Aspergilli, in allen ihren zahlreichen Varietäten giftig sind. Aller Wahrscheinlichkeit nach sind diese Produkte nur Derivate der Phenole, welche keinen stabilen Koeffizienten des Giftstoffes besitzen; letzterer ist sogar ungemein wechselnd.

So wurden auch die Reaktionen zum Nachweise dieser Derivate demonstriert.

Diese basieren auf der bekannten Gosioschen Eisenchloridreaktion. Ein anderes Experiment wurde von ihm mit der Reaktion auf Kumarine versucht, die als das letzte Glied in der Kette der Umsetzungsprodukte anzusehen sind.

Bessere Reaktionen als jene Gosios bestehen zur Zeit nicht. Sicherlich muß der wechselnde Giftgehalt der Phenole auch eine verschiedene Farbenskala ergeben.

Es kann sich daher nicht um unanfechtbare Reaktionen handeln, die mit unwandelbarer Sicherheit den Prozentsatz an Giftstoffen beim havarierten Mais ergeben. Immerhin besitzen sie jedoch im Verein mit anderen Kriterien einen praktischen Wert für das Parere von Sachverständigen.

Auf diesem Standpunkte steht Volpi-Ghirardini in seiner Abhandlung: „Ricerche chimiche e tossicologische sul Mais guasto", worin er feststellt, daß das Versagen der Gosioschen Reaktion nicht als Beweis für das Nichtvorhandensein von Giftstoffen im Maismehl anzusehen sei.

Terni glaubt, die Ursache der Pellagra in einem „Sporozoon" zu finden; er ist ein Anhänger der Theorie, daß die Maisnahrung zu arm an Stickstoff sei (eine Ansicht, welche schon vielfach widerlegt wurde), und möchte — womit sich jeder Pellagrologe wohl einverstanden erklären würde — die Maiskultur abschaffen.

Ceni bringt neuerdings seine Theorie vor, daß die Produkte des „Penicillium glaucum" in ihrem Giftgehalt nach den Jahreszeiten variieren — eine Theorie, welche Gosio auf dem Kongreß wirkungsvoll bekämpfte.

Tiraboschi erörterte eine Serie von Experimenten, die er an den Hyphomizeten und Parasiten des schadhaften Mais angestellt hatte.

Ferner wurden die Vorteile betont, die mit den Walzmühlen erzielt werden, indem erwiesenermaßen der größte Giftgehalt der Maismehlextrakte in dem „Farinello" (Feinmehl) und nicht in dem Grießmehl enthalten ist.

Guido v. Probizer legte dem Kongreß eine kleine Arbeit vor, welche die Anwendung zusammenfaßt, die das Pellagragesetz vom 24. Februar 1904 bisher in Österreich gefunden hat und wies auf die besondere Wichtigkeit der Pellagrosarien hin, die auch in den verschiedenen Provinzen des Königreiches Italien mehr und mehr eingeführt werden, wobei das Pellagrosarium in Rovereto von Devoto als nachahmungswertes Beispiel aufgestellt wurde. Ösw.

VI. Notizen.

Kundmachung der k. k. niederösterreichischen Statthalterei vom 23. Februar 1907, St. Z. XI—395/13. Die im Sinne des Gesetzes vom 16. Jänner 1896, R. G. Bl. Nr. 89 ex 1897, zunächst für Aspiranten auf Marktkommissärstellen jährlich abzuhaltenden Kurse: *a*) über mikroskopische Fleischbeschau, *b*) über vegetabilische Nahrungs- und Genußmittel, *c*) über chemische Technologie der Nahrungs- und Genußmittel, werden und zwar: Der erste im k. und k. Militär-Tierarznei-Institute in Wien in der Zeit vom 22. April bis 4. Mai l. J. an Wochentagen vormittags, der zweite und dritte Kurs vom 15. April bis 21. Juni Montag, Mittwoch und Freitag von 3—5 Uhr nachmittags im Hörsaale des hygienischen Institutes in Wien stattfinden. Die Prüfungen werden nach Schluß der Kurse abgehalten. Ärzte, Tierärzte und Aspiranten auf Vieh- und Fleischbeschauer- sowie auf Marktkommissärstellen u. a., welche an diesen unentgeltlich abzuhaltenden Kursen teilnehmen wollen, haben sich vor Beginn derselben im Rektorate der tierärztlichen k. und k. Hochschule in Wien, bezw. in der k. k. allgemeinen Untersuchungsanstalt für Lebensmittel in Wien IX., Schwarzspanierstraße Nr. 17, zu melden.

Aus den Verhandlungen der k. k. Landes-Sanitätsräte für Niederösterreich. In der Sitzung vom 25. Februar 1907 hielt der Vorsitzende dem verstorbenen Mitgliede und Vorsitzenden-Stellvertreter des n.-ö. Landes-Sanitätsrates, Regierungsrat Dr. Adalbert Tilkowsky, einen Nachruf und hob die Verdienste hervor, welche sich dieser während seiner langjährigen Wirksamkeit im Landes-Sanitätsrate um die Arbeiten dies Fachrates erworben hat. In der Sitzung wurden sodann folgende Referate erstattet: 1. Über die bei der Errichtung von Milchsammelstellen (Milchhäusern) zu stellenden sanitären Forderungen; 2. über das Vorgehen einer privaten Desinfektionsfirma in Wien; 3. über Maßnahmen zur Hintanhaltung der Verbreitung übertragbarer, nicht anzeigepflichtiger Krankheiten im Wege der Schule. Schließlich wurde ein Initiativantrag, betreffend einige in der letzten Zeit in Wien vorgekommene Milzbranderkrankungen unter Menschen, eingebracht und einem Komitee zugewiesen.

Gehaltsbezüge der Professoren an Hebammenlehranstalten. Mit dem Gesetze vom 24. Februar 1907, R. G. Bl. Nr. 55 wurden die Bestimmungen des Gesetzes vom 15. April 1906, R. G. Bl. Nr. 63, betreffend die Bezüge der Professoren an den vom Staate erhaltenen Hebammenlehranstalten, in nachfolgender Weise abgeändert: § 6. Die Professoren an dem vom Staate erhaltenen Hebammenlehranstalten stehen in der VII. Rangsklasse der Staatsbeamten und beziehen nebst der systemmäßigen Aktivitätszulage einen Gehalt von 3600 K jährlich, welcher sich nach dem 5. und 10. Jahre um je 800 K, sodann nach dem 15. und 20. Jahre um je 600 K (Quinquennalzulagen)

erhöht. Die vor der Rechtswirksamkeit dieses Gesetzes in der Eigenschaft als Professor einer staatlichen Hebammenlehranstalt zurückgelegten Dienstjahre sind hiebei in Anrechnung zu bringen. § 22. Dieses Gesetz tritt mit dem 1. April 1907 in Kraft.

Schulzahnärzte in Brünn. Zufolge einer Mitteilung des Stadtrates Brünn wurden im laufenden Schuljahre an den Brünner Schulen Schulzahnärzte bestellt.

Der XIII. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie findet in diesem Jahre vom 21. bis 25. Mai in Dresden statt. Die Sitzungen werden vormittags von 8 bis 12½ und nachmittags von 2 bis 4 Uhr in der Aula der Kgl. Technischen Hochschule abgehalten, die Demonstrationen am Donnerstag vormittags in der neuen Kgl. Frauenklinik, woran sich die Besichtigung derselben schließen wird. Als Gegenstände der Verhandlung waren bestimmt: 1. Indikation, Technik und Erfolge der beckenerweiternden Operationen. 2. Die Asepsis bei gynäkologischen Operationen. Kranke, welche von Mitgliedern der Gesellschaft vorgestellt werden sollen, können in der Kgl. Frauenklinik nach vorheriger Anmeldung Aufnahme finden. Gleichzeitig wird am Dienstag den 21. Mai nachmittags 4 Uhr die „Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens“ eine Sitzung abhalten, für welche regste Teilnahme erwünscht ist. Da wegen der gleichzeitigen Tagung anderer wissenschaftlicher Gesellschaften und wegen allgemeinen Fremdenandranges Dresden in der Pfingstwoche sehr stark besucht ist, so werden die Mitglieder und Teilnehmer des Kongresses hiemit dringend ersucht, sich Wohnungen in den Hotels rechtzeitig bestellen zu wollen. Eine große Zahl von Hotels, sowie die Kgl. Technische Hochschule liegen in unmittelbarer Nähe des Hauptbahnhofes. Auskunft wird gern Herr Dr. Weindler, Sidonienstraße 14, I., erteilen.

VII. Offene Stellen.

Mähren. Stadtarztesstelle in der Stadt Bystřitz a. H., politischer Bezirk Holleschau, mit 3857 Einwohnern böhmischer Umgangssprache. Der jährliche Gehalt beträgt K 600. Bewerber wollen ihre gehörig belegten Gesuche bis 30. April l. J. bei dem Stadtvorstande von Bystřitz a. H. einbringen.

Der heutigen Nummer unseres Blattes liegt ein Prospekt der Firma B. Fragner in Prag, betreffend „Thymomel Scillae“ bei, den wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Die Impotenz und ihre Behandlung. Von Dr. Dammann, Berlin.

Daß die Impotenz des Mannes heutzutage weiter verbreitet ist, als man gewöhnlich annimmt, geht aus der Unmenge von Annoncen hervor, die wir in den Tageszeitungen finden, in denen alle möglichen innerlichen und äußerlichen Medikamente, besondere Heilmethoden usw. von berufener und unberufener Seite mit mehr oder weniger Reklame angepriesen werden.

Im Jahre 1896 wurde von Spiegel aus der Yohimbearinde ein Alkaloid hergestellt, das jetzt von der chemischen Fabrik Riedel in den Verkauf gebracht wird. Zuerst wurde das neue Präparat von Oberwarth und Loewy versucht und führte bei Hunden zu starken Erektionen. Diese Tierversuche scheinen dem Autor besonders deshalb wichtig, weil dabei eine suggestive Wirkung, wie sie zweifellos bei vielen anderen Mittel vorliegt, ausgeschlossen erscheinen muß. Weitere Versuche wurden von Mendel in etwa 40 Fällen angestellt, ferner von Berger, Tausig, Kronfeld, Hellmer, Steiner, Topp, stets mit gutem Erfolge.

Nach der Ansicht des Autors hat das Yohimbin eine direkt erregende Wirkung auf das Erektionszentrum.

Mit großem Mißtrauen, durch Fehlerfolge mit anderen Mitteln entmutigt, ging Autor an die Verordnung des Yohimbin und war daher über die Wirkung erstaunt. Zur Unterstützung des Yohimbin ist eine geeignete psychische Behandlung, sowie die Angabe entsprechender allgemeiner Vorschriften sehr zu empfehlen.

Die Allgemeinbehandlung besteht in guter kräftiger Ernährung, häufigen, nicht zu heißen Bädern, körperlicher Bewegung. Zu vermeiden ist nach Möglichkeit Alkohol. Lokal sind tägliche kalte Waschungen der Geschlechtsteile von Nutzen. Das Yohimbin gebe man am besten in nicht allzu kleinen Dosen, mindestens dreimal täglich eine Tablette von 0·005 *g*, eventuell steigend auf dreimal täglich zwei Tabletten. Eine ausgiebige Wirkung kann man natürlich erst nach mehrwöchentlicher Behandlung erwarten, wenn auch in einigen Fällen Erfolge schon nach wenigen Tagen beobachtet worden sind.

Das Ergebnis seiner Versuche ist folgendes: Es trat eine deutliche Zunahme der geschwächten Geschlechtfähigkeit auf.

Es handelt sich in diesen Fällen um Herren im Alter von 30—40 Jahren, die durch eine ausschweifend verlebte Jugend eine erhebliche Abnahme ihrer Potenz erlitten hatten. Bei diesen, sowie bei mehreren Frauen trat eine Hebung der Libido sexualis ein.

Nach der bisher erschienenen Literatur, sowie nach den angegebenen Versuchen hält Autor das Yohimbin Riedel für ein ganz vorzügliches Mittel, gewissermaßen ein Spezifikum bei Verminderung der männlichen Geschlechtsfähigkeit. Die Darreichung in den Tabletten zu 0·005 *g* hält er für außerordentlich praktisch. Irgend welche schädliche Nebenwirkungen hat er nicht beobachtet. (Med. Klinik 1906, Nr. 52.)

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor
Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1906 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—;** nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—.**

Medizinischer Zeitungsverlag
Telephon 22152. **Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.**

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. **Meisels**. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
o. ö. Universitätsprofessor **Dr. J. Nevinny** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/₁, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 17. Wien, 27. April 1907. Nr. 17.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Über Menorrhagien.

(Aus der Praxis.)

Von Dr. **Sigm. Krausz**, Baden bei Wien.

Es ist sehr beklagenswert und wird auch mitunter von berufener Seite beklagt, daß viele Erfahrungen der Praxis mit dem Praktiker zugleich aus dem Leben verschwinden. Daß berufene Wort in der Wissenschaft gebührt dem Kliniker. Leider hat die gynäkologische Klinik sich der extremsten Chirurgie in die Arme geworfen und blickt auf alle konservativen Behandlungsmethoden mit derselben souveränen Verachtung herab, wie etwa der Offizier auf den Zivilisten. Aber bei einer großen Reihe von Affektionen, speziell bei denen, die chronischer Natur sind und in der Ambulanz der Klinik behandelt zu werden pflegen, ist das Material des Praktikers zuverlässiger, seine Erfahrung erprobter und sollte seine Stimme nicht ungehört verhallen.

Speziell bei der in Rede stehenden, außerordentlich häufigen, für den Praktiker äußerst wichtigen Affektion dürften Veröffentlichung von Tatsachen, die nicht allgemein bekannt sind, für die in der Praxis stehenden Kollegen vielleicht von einigem Werte sein.

Die Menorrhagie, d. h. lange und profuse Blutung in bestimmten Intervallen ist Begleiterscheinung vieler gynäkologischer Erkrankungen. Es wäre verfehlt bei einem Adnextumor, bei einer narbig fixierten Retroflexio — versio uteri, bei einem Fibrom oder Ca. corporis uteri bloß symptomatisch gegen die Blutung als lästigstes und beunruhigendstes Symptom vorzugehen, ebenso verfehlt wie etwa bei Menorrhagien infolge Stauung ex vitio cordis zu kurettieren oder eine vaginale Totalexstirpation zu machen. Beides geschieht. Aber wenn die berufenen Vertreter der Klinik sich nicht nur an das ärztliche, sondern auch an das Laienpublikum wenden, um über die Frühsymptome des Uteruskarzinoms Klarheit zu schaffen und dasselbe rechtzeitig der einzig richtigen, der chirurgischen Behandlung durchzuführen, so möge es auch einem einfachen Praktiker, einem sit venia verbo Zivilisten gestattet sein, einige praktische Winke zu veröffentlichen, die einer oder der anderen Leidenden zugute kommen mögen.

Vorausschicken möchte ich, daß ich aus dieser Betrachtung alle die Fälle ausgeschaltet zu wissen wünsche, die irgend eine durch bimanuelle Untersuchung zu diagnostizierende Erkrankung des Uterus und seiner Anhänge haben. Die Neubildungen sowohl — gutartige wie bösartige — die unter allen Umständen chirurgisch anzugehen sind, als auch die frischen oder alten Entzündungen um den Uterus, die jeder nach seinen Grundsätzen und Erfahrungen mehr minder konservativ oder radikal behandeln möge — gehören nicht hieher; ich beschränke mich bloß auf die konservative Behandlung der „Blutungen ohne Befund", der reinen Menorrhagien.

Welches ist die heute übliche Behandlung derselben? Da haben wir die Sekalapräparate, die in manchen Fällen vom schlaffen atonischen Uterus ganz gute Resultate liefern, ferner noch einige andere Mittel, wie Hydrastis canadensis, Styptol, Stiptizin usw. Die rege Nachfrage nach jedem neu auftauchenden derartigen Präparate beweist, in wie viel Fällen die bisher gebrauchten im Stiche ließen. Von einer Seite wurde die Auspinselung des blutenden Uteruskavums mit Adrenalin empfohlen, eine Empfehlung, die vereinzelt blieb, denn noch ist — vielleicht mit Unrecht — den Gynäkologen der gerade menstruierende Uterus ein noli me tangere. Auch dürfte hier die drohende Nachblutung manchen zurückhalten.

Was nun, wenn diese Mittel ohne Resultat bleiben? Dann wird kurettiert. Mancher begnügt sich damit, manche untersuchen die ausgeschabte Uterusschleimhaut mikroskopisch, was wohl nicht mehr ins Gebiet der Therapie gehört, aber für das wissenschaftliche Gewissen sehr beruhigend ist, wenn irgend eine Endometritis konstatiert ist. Der Fall ist dann wissenschaftlich erledigt.

Therapeutisch auch? Nicht immer. Mitunter blutet nämlich so ein kurettierter Uterus auch noch nach dem Kurettement, ja oft noch stärker als früher. Ja, was dann? Dann bleibt als ultimo ratio eben nur noch die Uterusexstirpation, denn nur ein Organ, das da ist, kann noch bluten. Dann ist die Menorrhagie eben radikal geheilt. Sehr radikal.

Mein hieher gehörendes, in den letzten 7 Jahren behandeltes Material beträgt bis nun 127 Fälle. Es sind alle Altersklassen darin vertreten, von jungen vor 1—2 Jahren geschlechtsreifen virgines bis zur Frau an der Grenze des Klimakteriums. Es läßt sich dies Material je nach der Art der Blutung und Behandlung in mehrere Gruppen teilen.

Vorausschicken möchte ich aber noch ein symptomatisches Mittel, das sich in allen Fällen mit mehr minder



zufriedenstellendem Erfolg anwenden läßt und dessen Anwendung sehr außer Übung gekommen ist. Es ist dies das Eisen. Nicht in Form von Messer und Kurette, sondern äußerlich als Bad oder Spülung. Ich konnte keinerlei Unterschied in der Wirkung zwischen künstlichen und natürlichen Eisenbädern finden und ich glaube, daß die dahin zielende bekannte Wirkung des Franzensbader Moorextraktes aus seinem Eisengehalt resultiert. Ich ziehe, bei der Inkonstanz des genannten Salzes, es vor, der Patientin folgende Anweisung zu geben (ferr. sulfur. **30·0—60·0** Natr. chlorat. **60·0**. Natr. bicarb. **90·0** pro balneo). Bei Ausspülungen wird ferr. sulfur. eine Messerspitze auf 1 Liter Wasser gegeben, bei Sitzbädern 2 *g* auf den Liter. Bäder wirken intensiver als Sitzbäder, diese sind den Ausspülungen vorzuziehen, letztere haben bei Nulli paris kaum je merkbare Wirkung.

Über den Mechanismus der Wirkung eine Erklärung abzugeben, bin ich außerstande. Ich habe mir nie den Kopf darüber zerbrochen. Möchte nur noch hinzufügen, daß ich eine solche Badekur für die Zeit zwischen zwei Menses (ein Bad pro Tag) anrate und im Falle sich der gewünschte Erfolg eingestellt hat, wird diese Kur erst nach einigen Monaten wiederholt, falls sich dann reichlichere Menses zeigen, andernfalls nicht.

Um die kräftige Wirkung dieser Therapie zu illustrieren, möchte ich eine Krankengeschichte bringen, die strenge genommen, nicht hieher gehört.

Frau B. K., 47 Jahre alt, suchte mich im Jahre 1902 auf. Pat. litt an Myomatosis uteri und war in einem Wiener Sanatorium behufs Operation aufgenommen worden. Infolge einer gleichzeitig bestehenden Myodegeneratio cordis war es vor Beginn der Operation zu einer so heftigen Narkosenasphyxie gekommen, daß von jedem weiteren Narkoseversuch und damit von jeder operativen Therapie Abstand genommen werden mußte. Die Blutung war eine unregelmäßige, d. h. die Frau blutete jedes Monat durch 3 Wochen mehr minder heftig, war dann 3—10 Tage ohne Blutung und dann fing sie wieder zu bluten an. Der Uterus war in einen derben, unregelmäßig geformten kindskopfgroßen Tumor umgewandelt, überall boten sich der tastenden Hand mehr minder große kugelige Vorwölbungen.

Es wurde sofort mit Eisenbädern von 26° R. und zehn Minuten Dauer begonnen und durch 3 Wochen fortgesetzt. Das Resultat war: Für 8 Monate sistierte die Blutung überhaupt gänzlich, dann begannen die Blutungen anfangs durch 3 Tage mit dreiwöchentlichem Intervall, dann durch sechs Tage mit wöchentlichem Intervall und schließlich nach einem Jahre war der Zustand, sowie anfangs beschrieben. Die Wiederholung der Kur brachte denselben Effekt hervor und das Spiel wiederholte sich noch ein drittesmal. Anfangs 1905 ging Pat. an Stauungserscheinungen ex Myodegen. cordis zugrunde.

Bleibt bei virginibus mit Anämie die Eisentherapie die einzige (38 Fälle), so gibt es doch eine ganze Reihe von Menorrhagien, bei denen andere therapeutische Maßnahmen indiziert sind. So die nicht ganz seltenen Fälle, wo sich bei der Untersuchung ein Vitium der Mitralklappe, speziell eine Mitralstenose nachweisen läßt. So wie es einen Stauungskatarrh des Magens und der Bronchien gibt, so gibt es auch einen Stauungsuterus (45 Fälle). Von diesen 45 Fällen kamen 17 so kurze Zeit vor der Menses in meine Behandlung, daß ich den eventuellen Erfolg einer Badekur nicht abwarten wollte und Tinct. Strophanti 3 × tgl. 0·5—0·75 . 3 Tage vor der Menses beginnend, ordinierte. In 11 Fällen hatte ich es nicht nötig, zu den gebräuchlichen Styptizis zu greifen, in den anderen 6 wurden dieselben genommen.

Einen Dauererfolg der kombinierten Eisen- und Strophantustherapie konstatierte ich in 24 Fällen, wo ich das Resultat von 2—6 Jahren verfolgen konnte, in 8 Fällen wurde die Kur nochmals nach 1—3 Jahren wiederholt, die übrigen Fälle habe ich aus den Augen verloren.

Noch schwieriger zu beurteilen war mir der Erfolg der von mir versuchten Diuretintherapie bei klimakterischen Menorrhagien (27). In 6 Fällen, wo ich kurz vor der Menstruation gerufen wurde, war auf Rp. diuretin **0·5** 3 × tgl. 3 Tage ante mens. zu beginnen, nach 5 Tagen aussetzen, die Blutung schwach, in einem Fall versagte es. Dann sind ja auch die klimakterischen Blutungen in ihrem Typus so unregelmäßig, auf profuse Menorrhagien kommen in manchen Fällen monatelange Stillstände, ja nach eingetretener Menopause kommt es nach Monaten noch zu profusen Blutungen, so daß auch der konservativst Denkende zur Kurette greift, nicht zu therapeutischen, sondern diagnostischen Zwecken, aber im großen ganzen ist der Eindruck, den ich sowohl wie meine einschlägigen Fälle von der Diuretintherapie haben (ich verwende es seit der Empfehlung des D. von seiten Schlesingers gegen Arteriosklerose) ein derartiger, daß ich entschlossen bin, es in einschlägigen Fällen in der angegebenen Art weiter zu verwenden und es ruhig den Kollegen zur Nachprüfung empfehlen kann.

Eine kleine Gruppe (4 Fälle) gehören den Hämophilen. Dieselben sind charakterisiert durch den kleinen grazilen Uterus. Eine Hämophila, die geboren hat, hat zwar den gekerbten Muttermund, eventuell eine Erosion, aber sonst macht der Uterus einen direkt virginalen Eindruck. Die Anamnese ist sehr wichtig, aber man muß sie zu erheben verstehen. Mein Material ist zu klein, um Schlüsse ziehen zu können. Ich glaube in allen 4 Fällen mit innerlicher Kalkmedikation genützt zu haben, da ich aber in 2 dieser Fälle Eisen baden ließ, in 2 anderen $Fe\,SO_4$-Spülungen gebraucht wurden, bin ich mir nicht im klaren, wie weit ich den Einfluß der einzelnen Komponenten der Therapie berechnen soll. (Es wird irgend ein Kalkpräparat Calc. lactic. oder phosph. täglich 1 *g* durch Wochen gegeben.)

Der Rest meiner „Menorrhagien ohne Befund" ist ohne Befund. Ich bin weit entfernt den Einfluß, z. B. der Masturbation zu unterschätzen. Vielfach werden die Folgen jedenfalls überschätzt. Jedenfalls ist klar, daß die durch Masturbation gesetzte Hyperämie im kleinen Becken oft Obstipation zur Folge hat; die durch Obstipation bedingte Hyperämie gibt durch Erhöhung der libido sexualis wieder Ursache zur Masturbation. Die fortwährend unterhaltene Hyperämie schafft eine Art Stauungsuterus, der wieder zu Menorrhagien Anlaß gibt. Die starke Blutung können wir durch Eisenbäder herabsetzen, gegen das meist nicht eingestandene Grundleiden sind wir machtlos.

Im ganzen großen habe ich es nicht nötig gehabt (außer in 3 Fällen, wo ich zu diagnostischen Zwecken bei Blutungen im Klimakterium kurettierte), bei meinen Menorrhagien einen operativen Eingriff zu empfehlen. Und da ich wohl mit der Mehrzahl der Kollegen auf dem Standpunkt stehe, auch nur bei annähernd gleichem Resultat die konservative Therapie der operativen vorzuziehen, so hoffe ich mit vorstehenden Ausführungen dem einen oder anderen Kollegen einen willkommenen Wink gegeben zu haben.

Meine Praxis gestattet es nicht, eine ausführliche Arbeit mit Tabellen und Krankengeschichten vorzulegen und meine kurzen, epigrammatischen Aufzeichnungen spaltenlang auszuführen, fernewohnende Patientinnen aufzusuchen, die ich vor Jahren behandelte usw.; doch bin ich gerne bereit, Kollegen, die sich für Einzelheiten interessieren, diesbezüglich über Anfragen Auskunft zu erteilen.

II. Reichsverbandstag der österreichischen Ärzteorganisationen.

Ende März fand im Saale der Wiener Ärztekammer der II. Reichsverbandstag der österreichischen Ärzteorganisationen unter Beteiligung zahlreicher Delegierter aus ganz Österreich statt. Nach einer Begrüßungsansprache des Präsidenten Dr. Friedrich Janeczek wurden zunächst die neugegründeten Organisationen in den Reichsverband aufgenommen. In seinem Referate über die Tätigkeit des Reichsverbandes seit seiner ersten Tagung konstatierte der Präsident mit Befriedigung, daß es vielfach gelungen sei, die wirtschaftlichen und die

stärkeren nationalen und politischen Gegensätze unter den Ärzten zu überbrücken und sie zur Organisation zu vereinigen. Im weiteren Verlaufe seiner Ausführungen erwähnte der Präsident die Resistenz der niederösterreichischen Landärzte und bemerkte, daß sich eine Deputation von Verbandsmitgliedern im Interesse einer gedeihlichen Beendigung der Resistenz zu den Behörden begeben, doch leider keinen Erfolg damit erzielt hätte. Nach Verlesung des Rechenschaftsberichtes wurde dem Präsidium der Dank votiert und das Absolutorium erteilt. Hierauf gelangte eine Zuschrift des ungarischen Reichs-Ärzteverbandes zur Verlesung, der einen Anschluß an den österreichischen Reichsverband vorbereitet.

Präsident Dr. Janeczek sagte, diese Zustimmungskundgebung sei sympathisch zu begrüßen. „Wir sind ja keine Politiker und vielleicht gelingt es uns, den Parlamenten mit gutem Beispiel voranzugehen.“

Dr. Karl Rothenpieler, Obmann der freien Organisation der Gemeinde- und Distriktsärzte Kärntens, referierte über den Entwurf einer Geschäftsordnung des Reichsverbandes, die nach längerer Beratung auch festgestellt wurde. Als Sitz der Geschäftsstelle wurde Wien bestimmt. Nach Bestimmung des Beitrages für das nächste Funktionsjahr wurden die Wahlen in den Arbeitsausschuß vorgenommen, dem nunmehr Dr. Mayer, Dr. Rothenpieler und Dr. Defranceschi angehören. Zum ersten Vizepräsidenten des Reichsverbandes wurde Dr. Gruß, zum zweiten Vizepräsidenten und Kassier Dr. Skorscheban gewählt.

Gottlieb Pick, Aussig, hielt einen Vortrag über die Umwandlung der derzeitigen Organisationen in solche auf wirtschaftlicher Basis und die Errichtung einer Stellenvermittlung, einer Rechtsschutzabteilung, Führung einer Statistik und Unterstützung solcher Mitglieder, welche in Wahrung der Standesinteressen materielle Einbuße erlitten haben. Das gesunkene Standesansehen könne nur durch eine wirtschaftliche Organisation der Ärzte wieder gehoben werden. Zum Schluß seines Referates empfahl Dr. Pick die Schaffung eines gewerkschaftlichen Sekretariats, den weiteren Ausbau der wirtschaftlichen Organisation auf dem Grundsatz der Selbsthilfe, die Einführung des Verpflichtungsscheines in ganz Österreich und die Zentralisierung der Organisation in Wien.

An diesen Vortrag knüpfte sich eine rege Diskussion, an der sich insbesondere Dr. Stiller, Prof. Dr. Königstein, Dr. Defranceschi, Dr. Grün, Dr. List und Dr. Rothenpieler beteiligten. Die Versammlung sprach sich hierauf für die von Dr. Pick vorgebrachten Leitsätze aus, nach denen sich die einzelnen Organisationen in den Kronländern zu richten hätten.

Dr. Emil Reh, Oberösterreich, referierte über die Aussichten beim medizinischen Studium. Er bezeichnet die allgemeine Lage der Ärzte als eine überaus triste. Nach längerer Debatte über dieses Referat und einer vertraulich geführten Diskussion über die soziale Schulung der jungen Mediziner wurde beschlossen, die triste Lage des Ärztestandes dem Publikum zu schildern, ohne dabei vor dem medizinischen Studium zu warnen oder es anzuraten.

Auf Antrag Dr. Lederers wurde eine Resolution gefaßt, wonach an die Spitze der Sanitätsabteilung kein Jurist, sondern ein Mediziner gestellt und die Ärzteordnung Gesetz werden möge. An die Frage der Gründung einer Verbandszeitung, die abgelehnt wurde, schloß sich eine lebhafte Erörterung über den Boykott von ärztlichen Stellen.

Dr. Gasser (Obmann der Grazer Organisation) sprach sich für die Erweiterung der Machtbefugnisee der Ärztekammer aus.

Auf Antrag Dr. Storschebans sprach sich hierauf der Reichsverbandstag für die Förderung der Aktion zugunsten der Hilfsärzte aus.

Dr. Pick, Aussig, referierte über die zwei Ministerialverordnungen vom 19. Dezember 1906, R.-G.-Bl. Nr. 235 und 236, und wendete sich einerseits gegen die engherzigen Bestimmungen und Verordnungen, indem die Pharmakopöe so abgefaßt ist, daß wichtige Arzneimittel in derselben nicht enthalten sind und daher die Rezepte mit dem Vermerk „necesse“ versehen sein müssen, andererseits dagegen, daß in den Schlußbestimmungen eine doppelte Bestrafung der Ärzte durch Ersatz und Geldstrafen vorgesehen ist. Hauptsächlich wendete er sich aber gegen die Schädigung, welche § 11 der Verordnung denjenigen Ärzten zufügt, welche Hausapotheken haben, indem er sie zwingt, den Krankenkassen einen 50%igen Nachlaß für Rezepturarbeiten zu gewähren.

Dr. Janeczek stellte den Antrag, es sei eine Resolution zu beschließen, wonach der Reichsverbandstag über diese Ministerialverordnungen seine gerechtfertigte Entrüstung ausspricht und eine Abänderung derselben fordert.

Nach der Annahme dieser Resolution referierte Dr. Bröll, Vorarlberg, über die Einführung der ärztlichen Sonntagsruhe, die der Natur der Sache nach natürlich keine absolute sein könne, sondern es müsse ein Permanenzdienst für Sonntag organisiert werden.

Dr. Grün bemerkt, die Durchführung würde in Wien auf Schwierigkeiten stoßen, da manche Ärzte froh wären, wenn ihre unfreiwillige Sonntagsruhe unterbrochen würde. Der Reichsverbandstag nahm schließlich eine Resolution an, in der er sich für die Einführung der Sonntagsruhe aussprach.

Dr. Grün hielt in Vertretung des Bukowinaer Arztes Dr. Harth ein Referat über die Anlegung eines Schwarzbuches, in welchem alle jene Klienten, welche zahlen können, aber nicht wollen, genauest verzeichnet werden sollen. Solche Patienten sollen ungeachtet des § 879 a. b. G.-B. nicht angenommen werden und sind an Armenärzte zu weisen. Die Versammlung erklärte sich für die Einführung des Schwarzbuches.

Der Plan der Regierung, die Zahlstöcke neu auszugestalten und den Kliniken anzugliedern, hat unter den Wiener Ärzten große Unzufriedenheit wachgerufen. Diese wichtige Frage bildete nun am Reichsverbandstage der Ärzte den Gegenstand einer lebhaften Debatte.

Der Referent Dr. Hans v. Woerz erklärte, die Regierung habe sich bei diesem Plane allein von materiellen Rücksichten leiten lassen, um dem notleidenden Krankenanstaltenfonds neue Quellen zu erschließen. Es soll angeblich dem Mittelstand ein besserer Spitalsaufenthalt als in der dritten Klasse geboten werden, und es heißt, die Professoren könnten ihre Einkünfte durch Ausdehnung ihrer Praxis auf kleinere Leute wesentlich erhöhen. Die Regierung beabsichtigt, den Leitern der Zahlstöcke bei Bemessung der von den Patienten zu entrichtenden Honorare vollkommen freie Hand zu lassen. Es ist geradezu eine Beleidigung des jungen Ärztestandes, wenn die Regierung als Argument für ihr Projekt anführt, daß er in den neuen Zahlstöcken auch mit „besseren“ Leuten in Berührung kommen werde. Das Publikum will seinen Arzt, dem es sein Vertrauen schenkt, selber wählen — in den Zahlstöcken soll aber ausdrücklich die Zulassung eines jeden dem Institut nicht angehörigen Arztes untersagt sein. Bei unseren klinischen Lehrern ist für ihre Verwendung eine Altersgrenze von 70 Jahren festgesetzt; so alte Ärzte sind aber, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nicht mehr vollwertig und leisten namentlich als Operateure nicht mehr dasselbe, wie ein auf der Höhe seiner Schaffenskraft stehender Arzt. Übrigens kann ja ein ausgezeichneter Lehrer der Medizin oft nur ein minderwertiger praktischer Arzt sein. Was die Verpflegung anbelangt, so wird die sogenannte „bessere Kost“ in derselben Massenküche zubereitet werden, wie für die Patienten dritter Klasse. In der ärztlichen Behandlung kommt das Publikum der Zahlstöcke erst nach den Patienten der dritten Klasse, da ja der Leiter der Klinik in erster Linie Lehrer ist und erst danach sich seiner Privatpraxis widmen darf. Durch die neue Institution würde eine Privilegienkaste von Ärzten geschaffen werden, die die meisten Patienten aus dem Mittelstande an sich ziehen würde, während alle anderen praktischen Ärzte das Nachsehen hätten; insbesondere würde die Privatpraxis der Operateure vollkommen lahmgelegt werden. Wir werden — schloß Dr. v. Woerz — mit allen Mitteln den Plan der Regierung zu verhindern suchen und den Zahl-



stöcken ein Konkurrenzunternehmen in Gestalt eines Ärztesanatoriums entgegenstellen.

Dr. Grün führte aus, die Zahlstöcke würden fast so teuer wie Sanatorien sein. Die Neuausgestaltung der Zahlstöcke werde geradezu den Ruin der praktischen Ärzte herbeiführen.

Prof. Dr. Königstein: Obwohl die Regierung weiß, daß ein kolossaler Mangel an Spitälern besteht, will sie jetzt sanatoriumartige Zahlstöcke errichten. Das erinnere an jene bekannte Anekdote, wie eine Königin ihrem hungrigen Volke statt Brot ein paar Gugelhupfe anbot. Für die Regierung besteht die Pflicht, zuerst für die Unterkunft aller kranken Menschen zu sorgen und erst dann für die Errichtung von Zahlstöcken. Er wolle nicht den drastischen Vergleich mit dem Neger anstellen, der nichts anderes anhat als Zylinder und Lackschuhe, aber das eine könne er wohl behaupten: das Notwendige geschieht bei uns nicht — nur wenn irgendwo ein Geschäft herausschaut, ist man gleich dabei.

Dr. List (Präsident der Niederösterreichischen Ärztekammer) mißt der Frage eine für alle österreichischen Ärzte vitale Bedeutung bei. Nachdem noch Dr. Lederer gesprochen hatte, beschloß der Reichsverbandstag eine Resolution, in der die Neuausgestaltung der Zahlstöcke, besonders aber ihre Angliederung an die Kliniken als ein schwerer Schaden für die Existenz des freien Ärztestandes sowie auch für das heilungsuchende Publikum bezeichnet wird. Die für die Schaffung der Zahlstöcke erforderliche Geldsumme würde viel besser zur Vermehrung der Bettenzahl dritter Klasse und zur Erweiterung der öffentlichen Spitäler verwendet werden, aus denen tagtäglich schwerkranke Patienten wegen Platzmangel abgewiesen werden müssen. Der Reichsverbandstag erblickt in dem Projekte der Regierung einen neuerlichen Beweis ihrer Ärztefeindlichkeit.

II. Referate.

Über Ischias und ähnliche Leiden. Von Dr. Cornelius.

C. ist der Vertreter der Idee, daß das ganze Nervenleben in einem in sich geschlossenen Kreislauf arbeitet und daß die Ursache der sogenannten nervösen Erkrankungen in meist nur mechanischen Störungen dieses Nervenkreislaufes zu suchen ist. Demgemäß versucht er den Störungen, die bei allen Leiden, wie Kopfschmerzen, Neuralgien aller Art, Magendarmstörungen, Hysterie und Nervenschwäche auftreten, bestimmte Nervendruckpunkte veranlassen, auch auf mechanische Weise durch Nervenpunktmassage beizukommen. Die bisher angewandten Heilmethoden, die in inneren Mitteln, Bädern, Elektrisieren, Lichtbestrahlung, Nervendehnung, der gewöhnlichen Massage bestehen, versagen in einer großen Zahl von Fällen, oder können ein immer wiederholtes Ausbrechen der Krankheit nicht verhüten. Unter der großen Zahl der von ihm erfolgreich behandelten Fälle — es sind das mehr als 1000 — handelte es sich zu mehr als der Hälfte um solche Fälle. Er wandte bei ihnen lediglich die Nervenpunktmassage an und kam dabei zu dem Resultat, daß diese Methode nur unter drei Bedingungen versagte:

1. Wenn man an die Nervenpunkte nicht heran kann,

2. wenn die mit der Massage notwendig verbundenen Reaktionserscheinungen bei dem durch das lange Leiden mitunter sehr geschwächten Kräftezustand der Kranken eine weitere Behandlung verbieten.

3. wenn dem Kranken die mit Unbequemlichkeiten verbundene, sich über Wochen erstreckende Kur nicht zusagte.

Die beiden ersten Einschränkungen seien nicht einmal bei 1% aller Kranken vorhanden, die unter drei aufgeführte lediglich Sache der Geduld des Kranken und des Vertrauens, das der Arzt genießt. Rechne man diese so geringfügigen Ausnahmen ab, so müsse jede noch so hartnäckige Ischiaserkrankung (und dasselbe gelte auch von den übrigen in Frage kommenden peripheren nervösen Leiden) geheilt werden und sei stets von ihm mittels der Nervenpunktmassage geheilt worden.

Die Behandlung kann meistens ambulatorisch erfolgen, eine Krankenhausbehandlung ist nur selten erforderlich. (Deutsche militärärztliche Zeitschrift Nr. 5, 1907.)

*

Erfahrungen über den Kropf und seine Behandlung. Von Prof. O. Hildebrand.

Hildebrand weist darauf hin, daß er in der Schweiz vielfach Gelegenheit gehabt habe, Kröpfe zu sehen und zu operieren. Dort kämen oft Kröpfe von enormer Größe vor. Doch ist es nicht die Größe des Kropfes, die für uns als wesentlich in Betracht kommt. Die großen Kröpfe, die ganz großen, machen uns viel weniger Beschwerden; es sind vielmehr die mittleren und manchmal auch die kleinen, die die größten Beschwerden verursachen können. Daß eine Trachea sich infolge des Kropfes seitlich abbiegt, abgeknickt, torquiert wird, ist ja eine bekannte Tatsache. Weniger bekannt sind schon die Beziehungen zum Ösophagus. Er ist gar nicht so unbeteiligt, wie man vielfach denkt. Er kann ebenso wie die Trachea komprimiert werden, er kann aber auch stark disloziert, ja total verschoben werden.

Bekannt sind die Beziehungen zu den Gefäßen. Es ist eine alte Tatsache, daß die Gefäße stark disloziert werden, namentlich die Karotis.

Aber bei hochgradigen Kröpfen kommen noch weitere Verschiebungen vor und weitere Beziehungen zur Umgebung, die von großer Wichtigkeit sind. Das ist die Senkung des Kropfes nach unten und vorn zu. Dann weiter, daß die Lungenspitze verschoben ist, ganz nach unten und hinten gedrückt wird, während der Kropf nach unten und vorn wächst. Dann die substernalen und subkostalen Kröpfe, die von der größten Bedeutung sind.

Diese Beziehungen zu dem Sternum und den Rippen sind deshalb von sehr großer Wichtigkeit, weil sie oft der Grund für große Beschwerden sind, die nicht auf einen Kropf bezogen werden, da an ihn nicht gedacht wird. Ferner weil der Kropf sich unten, nachdem er einmal das Eingangstor passiert hat, außerordentlich entwickeln kann und viel größer wird, als die Eingangspforte ist, so daß das für die spätere Beseitigung, für die Kur von großer Bedeutung ist.

Den Beziehungen zur Umgebung entsprechen auch die Beschwerden. Am hervorstechendsten sind die Beschwerden, die hervorgerufen werden durch den Druck auf die Trachea. Die meisten Patienten kommen zu uns wegen der Atembeschwerden. Sie merken, daß, wenn sie Treppen steigen oder rascher gehen, sie einen Druck fühlen, und dieser Druck ist besonders stark bei denen, die einen Kropf unter dem Sternum oder den Rippen haben, wo ein Ausweichen nicht mehr möglich ist, wo die Trachea zwischen Wirbelsäule, Kropf und vorderer Thoraxwand zusammengepreßt ist.

Sehr viele von diesen Patienten leiden an Bronchitis. Es gibt eine ganze Reihe von Kropfkranken, die ihre Bronchitis nicht los werden, weil sie das Sekret nicht herausbekommen können, weil dauernd eine venöse Stauung, ein Reizzustand besteht. Sie haben immer wieder Sekret, es geht immer wieder der Katarrh an, bis man sie vom Kropf befreit. Es kommt gar nicht so selten vor, daß solche andauernde Katarrhe als gewöhnliche Katarrhe behandelt werden oder gar als Erscheinungen von Tuberkulose, weil man den verursachenden Kropf nicht entdeckt. Und das ist in manchen Fällen auch nicht so einfach, weil er verborgen unter dem Thorax liegt. Es gibt Kröpfe, die gar nicht zu fühlen sind, weil sie ganz unter dem Thorax liegen; andere, die nur bei Schluckbewegungen in die Höhe gehen, so daß man ihren oberen Rand einen Moment nur bei Auftauchen fühlen kann. Daß Kompressionen und Dislokationen des Ösophagus Beschwerden machen, ist ganz klar, und Schluckbeschwerden sind in der Tat gar nichts seltenes beim Kropf.

Dazu kommen noch Störungen der Zirkulation, Stauungen im venösen Gefäßsystem und namentlich die Erscheinungen am Herzen. Eine ganze Reihe von Kropfkranken bieten Erscheinungen des Herzens dar, Irregularitäten des Pulses,



Aussetzen des Pulses, besondere Frequenz des Pulses, ohne daß etwa dabei eigentliche Basedowsymptome in Betracht kämen.

Die Beziehungen des Rekurrens zur Trachea, zur Schilddrüse sind sehr nahe, und infolgedessen beobachtet man gelegentlich Störungen im Stimmapparat. Beim gutartigen Kropf ist das doch eine Seltenheit. Heiserkeit, Lähmungen von Muskeln des Kehlkopfes sind selten. Dagegen ist eine häufige Erscheinung die eigentümliche Störung im Ton der Sprache des Kropfkranken, aus der man oft die Diagnose stellen kann.

Alle diese Erscheinungen sind rein mechanische Erscheinungen. Die anatomische Veränderung erklärt vollkommen die Beschwerden. Es ist aber eigentümlich, daß das anatomisch-pathologische Bild, die Art des Kropfes, ganz ohne Bedeutung ist für diese klinischen Erscheinungen, daß wir keine Möglichkeit haben, aus den Beschwerden auf die Form des Kropfes zu schließen. Und doch sind sie pathologisch-anatomisch beträchtlich verschieden. Die Schilddrüse ist durch Hypertrophie in toto vergrößert. Das ist die Form, wie sie sich oft bei jugendlichen Individuen findet als parenchymatöser Kropf. Bei älteren Individuen ist diese viel seltener, da findet man gewöhnlich die zystische Degeneration. Man findet aber vielfach nicht nur eine Zyste des Kropfes, sondern eine ganze Anzahl solcher kolloid degenerierter Zysten.

Man trifft aber bei älteren Leuten gelegentlich auch eine Vermehrung der Bindegewebsfasern an, die dem Kropf eine viel festere Konsistenz gibt. In manchen Fällen ist schließlich der Gefäßreichtum des Kropfes ein außerordentlicher, und diese Gefäßversorgung variiert stark. Auf der einen Seite die Versorgung mit Arterien, die in ihrer Lage so variieren können, daß man sich keineswegs an den Typus halten kann, die anderseits ganz verschiedene Dicke haben. Aber noch viel variabler sind die Beziehungen des Kropfes zum Venensystem. In einem Falle gehen viele Venen von der Kapsel in den Kropf hinein, in anderen sind gar keine Beziehungen. In einigen Fällen sind überhaupt nur wenige Venen vorhanden, in anderen ein dichtes Netz um den Kropf herum. Das sind alles Momente, die eine Beseitigung des Kropfes als notwendig oder mindestens als wünschenswert erscheinen lassen.

Man hat sich viel mit der Jodtherapie beschäftigt; wir sind aber eigentlich in der letzten Zeit damit nicht weitergekommen. Jod, äußerlich angewandt als Salbe, hat meiner Ansicht nach gar keine Wirkung. Das wenige, was vielleicht durch die Respiration aufgenommen wird, kommt gar nicht in Betracht. Wichtiger ist wohl die innerliche Darreichung von Jod. Diese hat zweifellos in manchen Fällen einen gewissen Effekt, nämlich den, daß der Kropf zurückgeht. Dieser Effekt ist aber, soweit meine Erfahrung reicht, doch im wesentlichen nur bei jugendlichen Individuen zu erreichen. Man hat das Jod dann ersetzt durch die Schilddrüsentherapie und die Tabletten. Damit behandelt H. aber nur die jugendlichen Individuen auf Grund der Erfahrung, daß man nur bei ihnen einen Rückgang des Kropfes sieht.

Auf kolloid degenerierte Kröpfe, auf zystische Kröpfe ist nicht der geringste Einfluß zu verzeichnen; wenn da etwas zurückgeht, dann ist es das normale Drüsengewebe. Es ist nur der parenchymatöse Kropf, der reagiert. Danach ist es erklärlich, daß diese Mittel bei jugendlichen Individuen wirken, bei älteren nicht.

Man hat weiter versucht, das Jod durch Injektion hineinzubringen. Es ist bekanntlich vorgeschlagen worden, Jodoforminjektionen zu machen. H. ist kein Freund davon.

H. steht also auf dem Standpunkt, bei jugendlichen Individuen, wo er einen deutlichen Kropf diagnostiziert, die innerliche Jodtherapie anzuwenden für eine gewisse Zeit und unter genauer Beachtung der Vorsicht, daß er sie aussetzt, wenn das Individuum etwa Herzklopfen oder derartige Erscheinungen bekommt. Für die Erwachsenen, für die kolloiden Kröpfe kommt nur die Operation in Betracht, ebenso wie für die Zysten.

Es gibt im wesentlichen zwei Arten der Operation, die miteinander konkurrieren. Die eine ist die Exstirpation der einen Schilddrüsenhälfte samt Kropf, die zweite eine Operation, die von meinem Vorgänger in Basel Socin vielfach angewandt worden ist, die Enukleation des Kropfes.

Es ist von vornherein klar, daß die letztere Operation nur dann eine Bedeutung hat, wenn es sich um einen mehr oder weniger abgekapselten Teil einer Schilddrüse handelt, sonst hat sie keinen Zweck. Die Enukleation hat beim gewöhnlichen Kropf gegenüber der Exstirpation manche Vorteile. Zunächst leuchtet sie ein als eine rationelle Methode; man sagt sich: wenn ein Teil der Schilddrüse degeneriert ist, so ist es das richtigste, diesen Teil zu entfernen und das übrige zu lassen. Aber, wenn man viele Kröpfe anatomisch studiert, so findet man, daß in einem recht großen Teile der Fälle nicht nur eine Partie degeneriert ist. Sie sehen neben großen Zysten ausgedehnte, klein zystisch degenerierte Partien, daneben aber auch noch normales Gewebe. Daraus ergibt sich, daß die Operation nicht selten von Rezidiven gefolgt ist.

Nun kommt aber auch etwas anderes dazu. Die Enukleation ist, wenn sie sich nicht nur auf die einfachen Zysten, die bis an die Oberfläche gekommen sind, beschränkt, eine Operation, die recht blutig ist. Bei jedem Schnitt, bei jeder Bewegung, die man mit dem Instrument macht, blutet es. Das sind die Gründe, weshalb H. die Enukleation auf die Fälle beschränkt, in denen eine einzige Zyste vorliegt, in denen man, wenn man an die Oberfläche des Kropfes kommt, die Zyste schon durchleuchten sieht. Das Resultat ist, daß H. nur in seltenen Fällen die Enukleation ausführt. Die gewöhnliche Operation ist für H. die Exstirpation.

Die Beschwerden, die die Patienten nach der Operation haben, sind relativ gering. In den meisten Fällen sind Schluckbeschwerden vorhanden, manchmal auch etwas Atembeschwerden. Es kann sein, daß durch die Manipulation an der Trachea die Bronchitis etwas gesteigert wird, aber jedenfalls nur sehr gering. Nach ein paar Tagen sind alle Beschwerden vorüber, die Patienten haben die Sache überstanden. In ganz seltenen Fällen kann sich an die Operation eine Pneumonie anschließen, die H. als Konsequenz einer starken Steigerung der Bronchitis auffaßt.

Nun zu den Resultaten dieser Operation. Wenn man die verschiedenen Statistiken vergleicht, die aufgestellt worden sind, so kann man sagen, das Resultat der Operation ist das, daß die Mortalität etwa 0·3, höchstens 0·5% beträgt; ich möchte sagen, auf etwa 300 Fälle ein Todesfall. Die Todesfälle können hervorgerufen sein entweder durch das seltene Eintreten einer Pneumonie oder als Folgen von Nachblutungen; wenn die Versorgung der Arterien nicht in geeigneter Weise solide genug gemacht worden ist, kann es vorkommen, daß Nachblutungen eintreten. Dann kann freilich in seltenen Fällen der Tod auch noch eintreten bei solchen Patienten, die schon schwere Veränderungen der Herztätigkeit haben. Man muß bei Patienten, die einen sehr irregulären Puls haben, damit rechnen.

Die Operation gibt außerordentlich günstige Resultate. Ohne weiteres kann man sagen, bei jugendlichen Individuen kann der Versuch mit der Jodtherapie gemacht werden, bei Erwachsenen, wo diese nichts verspricht, ist die Operation am Platze, vorausgesetzt, daß wirkliche Beschwerden vorhanden sind.

In den Gegenden, wo der gutartige Kropf viel vorkommt, da sieht man auch viel maligne Strumen. Diese sind freilich unter einem sehr anderen Gesichtswinkel zu betrachten. Die malignen Strumen sind teils Karzinome, teils Sarkome. Sie machen ziemlich rasch einen Tumor von großer Festigkeit und Derbheit, sie kommen oft schon bei relativ jugendlichen Individuen vor, also etwa von den Dreißigerjahren an; die Patienten sehen oft blühend und gesund aus. Man denkt gar nicht daran, daß ein maligner Tumor vorhanden ist, und doch ist er oft in einem Zustand, schon so weit gediehen, daß jede Operation ohne Resultat ist. Es ist eine Eigentümlichkeit der malignen Kröpfe, daß sie die Umgebung rasch ergreifen.

Ist die Kropfkapsel erst einmal durchbrochen, dann geht die Geschwulst rasch auf die Muskeln und Gewebe über. Aber das wäre noch nicht so schlimm. Eine andere Eigenschaft des malignen Kropfes ist es, daß er sehr bald im Gefäßsystem ist. Man findet auffallend oft schon Geschwulstthromben in den umgebenden Gefäßen. Man hat einen scheinbar gesunden blühenden Menschen vor sich mit einem Tumor am Hals und denkt, man kann die Geschwulst radikal wegnehmen. Und hat man sie losgelöst, dann sieht man ringsum Geschwulst schon in den Gefäßen, so daß gar nichts mehr zu machen ist.

Daraus geht hervor, daß die Prognose der malignen Strumen außerordentlich ungünstig ist. Man kommt selten dazu, eine maligne Struma so früh zu operieren, wie es zweckmäßig wäre. Der Mann hat nichts weiter gemerkt, als daß er einen Kropf hatte, der Kropf wird in kurzer Zeit hart, er wächst rasch, aber das flößt ihm noch keine Bedenken ein, er wartet, und wenn er zum Arzt kommt, dann ist es zu spät.

Wie günstig die Prognose bei gutartigen Kröpfen ist, so ungünstig ist sie bei malignen. Weil man nicht weiß, ob und wann ein maligner Kropf aus einem gutartigen entsteht, möchte H. den Schluß daraus ziehen: Man soll einen gutartigen Kropf, wenn er Beschwerde macht, operieren, wenn nicht ganz bestimmte Kontraindikationen vorhanden sind. Bei jugendlichen Individuen ist sicher die Jodtherapie am Platze. bei den Erwachsenen aber stehe ich durchaus auf dem operativem Standpunkte, im Fall daß wirklich Beschwerden vorhanden sind und daß der Kropf nach den Beobachtungen des Patienten wächst. (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 51, 1906.)

*

Jodofan, ein neues organisches Jodpräparat, als Jodoformersatzmittel. Von Dr. H. Eisenberg, Berlin. (Münchener mediz. Wochenschrift. 1907, Nr. 12.)

Das lange mit größtem Eifer verfolgte Problem, ein dem Jodoform gleichwertiges, reizloses, von dessen bekannten Nachteilen freies Wunddesinfiziens ausfindig zu machen, scheint nach den Erfahrungen, die Eisenberg mitteilt, im Jodofan seiner Lösung etwas näher gekommen zu sein.

Das neue, von dem Institut Dr. Horowitz, Berlin, hergestellte Präparat Jodofan, ein rötlichgelbes, völlig geruch- und geschmackloses, in den üblichen Agentien unlösliches Pulver, übertrifft das Jodoform sowohl nicht unerheblich an Wirksamkeit, als es im Gegensatz zu diesem auch auf oberflächlichen, dem Luftzutritt ausgesetzten Wunden seine volle antiseptische Kraft ausübt. Trotz der außerordentlich starken antiseptischen Wirkung, die an Plattenkulturen durch das Aufhören des Wachstums schon in einer Entfernung von fast 1 *cm* von der Trockensubstanz zum Ausdrucke kommt, ist das Jodofan nach den bisherigen Beobachtungen vollkommen reizlos und ungiftig. Es wird als in dünnen Schichten aufzustreuendes Wundpulver benutzt oder kommt in Form der fertig zu beziehenden 10% Jodofangaze zur Anwendung.

Verfasser hat das Jodofan an im ganzen 49 Fällen (Inzisionswunden) bei Panaritien, vereiterten Atheromen und Furunkeln, Brandwunden, Ätzschorf, Verletzungen durch Schnitt, Biß und Quetschung, Haut-, Muskel- und Sehnen-Schnittwunden, nässenden Ekzemen, Ulcera mollia, U. cruris varicosa, Dekubitusgeschwür der Vagina, Dammnähten (Portiokarzinom) mit teilweise geradezu überraschendem Erfolge erprobt. An einigen ausführlicher geschilderten Fällen läßt sich die ausgezeichnete epidermisierende Wirkung des Jodofans erkennen. So bei einer Schwefelsäureverätzung am Unterarm, die lange der Behandlung mit feuchten Verbänden getrotzt hatte und unter Jodofan außerordentlich rasch überhäutet wurde; ferner bei einem Ulcus cruris, das unter Jodofanpaste sich in kürzester Frist mit kräftiger Epidermis bedeckte, während jede andere Behandlungsmethode (Salizylzinkpaste usw.) nicht imstande gewesen war, eine völlige Überhäutung herbeizuführen.

Beachtenswert ist die hohe desinfizierende und fäulniswidrige Kraft, die bei einem inoperablen Portiokarzinom es ermöglichte, die Jodofangazetampons zwei Tage lang liegen zu lassen, ohne daß der geringste Geruch auftrat, während letzteres beim Jodoform in höchst unangenehmer Weise der Fall gewesen war.

Verfasser bezeichnet Jodofan, soweit seine Erfahrungen reichen, als ein dem Jodoform ebenbürtiges, absolut reizloses Wundheilmittel und Wunddesinfiziens, das völlig frei ist von den Nachteilen, die der Anwendung des Jodoforms so häufig im Wege stehen. Wenn die Erfahrungen des Verfassers, was zu hoffen ist, weitere Bestätigung zu finden, so dürfte sich das Jodofan binnen kurzem als ein Mittel ersten Ranges den ihm gebührenden Platz in der Chirurgie, Dermatologie und Gynäkologie erobern.

*

Prävalidin. Von Dr. C. Breitung, Droyssig. (Therapeutische Neuheiten 1906).

Prävalidin ist eine Salbe, die in Tuben von 20 und 10 *g* Inhalt in den Handel kommt. Die Salbengrundlage ist das von der Wollwäscherei in Döhren bei Hannover hergestellte Wollfett „Percutilan". 20 *g* Prävalidin enthalten 4·0 *g* Kampfer, sowie kleine Mengen von Balsamum peruvianum, Oleum Eucalypti und Oleum Rosmarini, die beiden letzten als Geruchskorrigentien.

Das Präparat ist auf Veranlassung von Dr. Walter Koch, Assistenten der medizinischen Universitätspoliklinik in Freiburg i. B. (Direktor: Hofrat Dr. Thomas), zum Zwecke der Kampfertherapie der Lungentuberkulose (B. Alexander) von der Wollwäscherei in Döhren hergestellt worden.

Es stellt eine gelbliche, weiche, nach Kampfer und Perubalsam riechende Salbe dar, die, um eine Verflüchtigung des Kampfers zu verhindern, nur in Zinntuben abgegeben wird. Diese sind durch Teilstriche in 5 Teile (Tagesdosen) geteilt.

Die therapeutische Anwendung des Prävalidins erstreckt sich auf Lungentuberkulose, Bronchitiden, Influenza und Keuchhusten (Kindertuben zu 10 *g* Inhalt). Nach 1—2 Einreibungen bemerkt man eine Vermehrung und Verflüssigung des Auswurfes und infolgedessen eine Erleichterung der Expektoration. Nach den weiteren Einreibungen nimmt der Auswurf allmählich ab und verschwindet nicht selten in kurzer Zeit gänzlich. Sein Eitergehalt vermindert sich, er wird rein schleimig, oft großblasig und dünnflüssig. Vorhandenes Fieber sieht man in leichteren Fällen nach 1—3 Einreibungen schwinden. Der Schlaf bessert sich fast ausnahmslos, die nächtlichen Hustenattacken nehmen an Zahl ab und hören oft ganz auf. Infolge dieser symptomatischen Besserung hebt sich das subjektive Allgemeinbefinden, der Appetit nimmt zu.

Autor hat bei der alleinigen Anwendung von Prävalidin bei Lungenspitzenkatarrhen mit viel Husten und geballtem, schleimigeitrigem Auswurf in kurzer Zeit mehrfach zu überraschendem Nachlaß dieser Symptome gesehen, daß er nicht ansteht, das Prävalidin für ein sehr beachtenswertes Medikament bei der Behandlung der Lungentuberkulose zu halten.

*

Anschließend an die Publikationen über **„Kephaldol"** (Antipyretikum und Antineuralgikum) aus den Abteilungen Prof. Ortner und Prof. v. Stoffella erschien im Februarheft des „Zentralblattes für die gesamte Therapie" eine Abhandlung über die mit diesem Präparate an der III. medizinischen Abteilung von Prof. H. Schlesinger des k. k. Franz Josef-Spitales in Wien gemachten Erfahrungen von Sekundarius Dr. Einhorn.

Kephaldol wurde einer großen Anzahl von Patienten bei den verschiedensten fieberhaften und neuralgischen Affektionen verabreicht.

Als Antipyretikum empfiehlt Autor, obwohl bei Darreichung von 0·50 *g* bei „vorausgegangenem hohen Fieber regelmäßig ein starker Temperaturabfall bis zur Norm, ja sogar in einzelnen Fällen — ohne Kollaps — bis unter die Norm" erzielt wurde, Anwendung von 1 *g* pro dosi, wonach



die Temperatur um 1° bis 1½° herabsinkt. Temperaturabfall tritt innerhalb eines Zeitraumes von einer Stunde auf, manchmal unter heftigem Schweiß, während der besonders starke Temperatursturz bei Erysipel, in kurzer Zeit oft von 41° bis zur Entfieberung, häufig von keinem Schweißausbruch begleitet ist. Hand in Hand mit dem Temperaturabfall geht die Besserung des Allgemeinbefindens.

Bezüglich des wichtigsten Kriteriums bei Beurteilung eines fieberherabsetzenden Mittels — die Wirkung auf den Zirkulationsapparat — bemerkt der Verfasser: „In dieser Beziehung kann hervorgehoben werden, daß weder bei vorübergehendem, noch dauerndem Kephaldolgebrauch Nebenwirkungen auf den Zirkulationsapparat beobachtet werden konnten. Es kommt weder zu Herzklopfen, Arhytmien, Kongestionen, noch zu anderen subjektiven Sensationen des Herzens, noch zu Pulsbeschleunigungen durch etwa absinkende Herzkraft, sondern der Puls wird im Gegenteil voller, kräftiger. Selbst in Fällen von ausgesprochener chronischer Herzschwäche durch Myodegeneratio cordis bei interkurrenter, akut fieberhafter Erkrankung, beispielsweise Erysipel, konnten wir keine Verschlechterung der Funktion des Zirkulationsapparates selbst nach großen Kephaldolgaben konstatieren.“

Im Gegensatze zu den Begleiterscheinungen bei Gebrauch von Salizylpräparaten und Chinin kam es bei Kephaldoldarreichung niemals zu irgendwelcher Alteration der Sinnesorgane (Flimmern vor den Augen, Skotome, Schwerhörigkeit, Ohrensausen u. dgl.)

Gegen Niere, Magen und Darmtrakt verhält sich Kephaldol völlig indifferent. Exantheme waren niemals zu beobachten.

Die Krankengeschichten registrieren Fälle von Erysipel, Pleuritis, Endokarditis, Tbc. pulmonum, Influenza usw.

Als Antineuralgikum lobt Autor die guten Erfolge bei Hemikranie, Ischialgie, Gelenkrheumatismus usw.

Autor hebt einen Fall von Syringomyelie hervor, mit sehr heftigen neuralgischen Schmerzen im Rücken und den Extremitäten, wo „eine große Reihe zur Bekämpfung der neuralgischen Beschwerden verwendeten Antineuralgizis keinerlei Besserung herbeiführten“. Kephaldol führt schon nach einigen Tagen Nachlassen und Aufhören der Schmerzen herbei. Ebenso berichtet Verfasser von dem gänzlichen Aufhören der äußerst quälenden neuritischen und lanzinierenden Schmerzen der Tabiker durch Kephaldolgebrauch, wo fast alle anderen in Anwendung gebrachten Antineuralgika versagten.

Der Verfasser bestätigt weiter die anthydrotische Wirkung des Kephaldol, auf die Fritsch (Abteilung Prof. Ortner) hingewiesen hat und konnte in zirka 15 Fällen von Phthise ein auffälliges Zurückgehen der Nachtschweiße beobachten, an deren Stelle das angenehme Gefühl der Kühle und Frische trat.

III. Literatur.

Die Krankheiten des Magens und ihre Behandlung. Von L. Bourget. J. F. Bergmanns Verlag. Wiesbaden, 1906.

Das in Form von akademischen Vorlesungen abgefaßte Buch orientiert den Leser in durchwegs frischer und origineller Weise über das ganze Gebiet der Magenkrankheiten, wobei insbesonders der Therapie einschließlich der physikalischen und der Ernährungstherapie der ihr gebührende Platz eingeräumt ist. Wenn man auch nicht durchwegs alle Anschauungen und Lehrsätze des Autors als berechtigt ansehen kann, und wir daher das Buch nicht gerade dem Studierenden als erstes in die Hand geben möchten, so wird es namentlich für den Praktiker von Nutzen sein, da es viele überlieferte falsche Meinungen über den Haufen wirft. Die entschieden besten Kapitel des Buches sind die über „nervöse und psychische Dyspepsie“, über „Aufstoßen“ usw.; in bezug auf Gehalt und gereifte Erfahrung stehen sie der Darstellung in unseren besten deutschen Handbüchern würdig zur Seite; in bezug auf geradezu künstlerische Ausführung und Humor übertreffen sie die genannten Werke bedeutend. L.

IV. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Innere Medizin.

Sitzung vom 7. März 1907.

Hans Salomon stellt einen Fall von funktionellem Sanduhrmagen vor. Das hysterische Mädchen kann willkürlich die Magengegend so vorwölben, wie man es sonst bei einer Magenauftreibung oder Pylorusstenose mit starker Gasblähung des Magens zu sehen gewohnt ist.

Ferner demonstriert Salomon ein äußerst fettleibiges Mädchen von 5¾ Jahren mit einem Gewicht von 40 *kg*.

Schließlich demonstriert Salomon einen 42jährigen Volksschullehrer mit einer eigentümlichen Kontrakturstellung der rechten Hand. Patient ist stark mit Schreiben, Zeichnen und Harmoniumspielen beschäftigt. Vor vier Monaten bemerkte Patient beim Harmoniumspielen, daß er fehlgriff. Dabei keine eigentliche Schwäche, nur „krampfartige Zusammenziehung“. 8 Tage später Ödem der Hand, nach weiteren 14 Tagen Zitterbewegungen im rechten Vorderarme und in der rechten Hand, unerträgliche Schmerzen, Kontrakturstellung der rechten Hand des Vorderarmes. Die bizarre Stellung der Hand erinnert an die Bewegungen, wie sie bei Athetose, nur in beständigem Wechsel, vorkommen, es ist gewissermaßen eine fixierte Athetose. Die Auffassung der Affektion als Athetose wird gestützt durch die Angabe des Kranken, im Anschlusse an eine Pneumonie eine rasch vorübergehende Lähmung der linken Seite erlitten zu haben. Es könnte sich hiebei um eine Encephalitis gehandelt haben, wie sie zum Beispiel der zerebralen Kinderlähmung so häufig zugrunde liegt. Als Ursache der Athetose wäre ein Herd anzunehmen im Thalamus oder in der Regio subthalamica — Linsenkern — Nucleus ruber — Bindearme; ebenso könnte ein Rindenherd, der unter Ausschaltung der Hirnrinde die subthalamischen Zentren mit einer gewissen Selbständigkeit begabte, den Symptomenkomplex auslösen. Nichtsdestoweniger ließ im vorliegenden Falle vieles mehr an eine funktionelle Natur der Erkrankung denken: es sei nämlich vor 5 Jahren ein schwerer neurasthenischer Zustand mit starker Gesichtsfeldeinengung aufgetreten, die möglicherweise funktionelle passagere Parese der linksseitigen Extremitäten, das ganz anfängliche Auftreten von Ödem der Hand, die äußerst intensiven Schmerzen, der sehr erhebliche Einfluß der Therapie. Dieselbe bestand (neben anfänglicher und anscheinend kaum wirksamer Merkurialkur) in methodischer Übung, insbesondere auch in Übungen in der die Schmerzen fast ausschaltenden Hypnose.

Alfred Fuchs, der denselben Fall wiederholt untersucht hat, hält den Fall nicht für Hysterie, sondern für eine organische Affektion und die Bewegungsstörung an der rechten oberen Extremität für Athetose und stützt seine Diagnose wie folgt: 1. Der Krampf an der rechten oberen Extremität ist Athetose, von den landläufigen Fällen von Athetose nur dadurch verschieden, daß die Spontanbewegungen sehr selten, aber doch zur Beobachtung kommen. 2. Bestand bei dem Patienten an der linken oberen und unteren Extremität deutliche Steigerung der Sehnenreflexe, an der rechten Seite (der Seite der Athetose), hingegen Fußklonus und, wenn auch nicht dauernder Klonus, so doch klonische Steigerung des Patellarreflexes. Der Bauch-, Hoden- und Fußsohlenreflex war links schwächer als rechts, letzterer beiderseits plantar. Weiters bestand (und dürfte wohl noch bestehen) die vom Vortragenden erwähnte Differenz in Spannung der Gaumenbögen, wie sie einer Parese des linken Tensor veli palatini entsprechen würde, 3. brachte ihn die Analyse der Anamnese zu folgender Diagnose: Im Anschluß an Influenza Encephalitis mit mehreren Schüben. Erster Herd: Pyramidenbahn der rechten Hemisphäre (Hemiparese links, Steigerung der tiefen, Abschwächung der kutanen Reflexe).



Zweiter Herd: Zentrale Sehbahn — Hemianopsie. Dritter Herd: Da rechts Hemiparese, i. e. an der oberen Extremität Athetose, an der unteren Extremität Klonus besteht, aber die kutanen Reflexe stärker sind als links und kein Babinski — Herd in einer subkortikalen motorischen Bahn, wahrscheinlich Gegend des Bindearmes (Nucl. ruber. — Tract. rubro-spin.?) — daher die Athetose. Zum Schlusse kritisiert Fuchs auch die von Salomon gestellte Diagnose auf Hysterie, da auch keine sonstigen Zeichen von Hysterie bestünden, wenn schon keine Stigmen, also zumindest die Zeichen des hysterischen Charakters, der hysterischen Psyche. Davon ist aber im vorliegenden Falle ebenfalls keine Spur.

Salomon hält seine Ansicht gegenüber Fuchs aufrecht, daß hysterische Lähmungs- und andere Symptome auftreten können, ohne daß man sogenannte Stigmata u. s. w. nachweisen kann. Die von Fuchs an der linken Körperseite des Kranken erhobenen Befunde habe er nicht erheben können.

Albert Herz demonstriert aus der IV. medizinischen Abteilung (Prof. Kovacs) eine Patientin mit Varikositäten an den Venen der unteren Extremitäten bei abnormen Verlauf der Venen. Es finden sich an beiden Unterschenkeln, namentlich rechterseits, Varices, welche ihrer Lage nach Verzweigungen der Vena saphena parva entsprechen, dann Varikositäten an der Vorder- und Außenfläche des Unterschenkels. Letzteres Venennetz vereinigt sich an beiden Beinen zu einem rechterseits mächtig varikös ektatischen, links nur mäßig erweiterten Venenstamme, welcher am Unterschenkel neben dem lateralen Epikondylus der Tibia beginnt, an der Außenfläche des Kniegelenkes nach aufwärts zieht und etwa in der Mitte des Oberschenkels von der seitlichen auf die Vorderfläche gelangt, um von hier in normalerweise zur Fovea ovalis zu ziehen. Phlebektasien oder auch nur deutlich sichtbare Venen, welche dem normalen Verlaufe der Vena saphena magna entsprechen, sind nicht sichtbar. Es finden sich nur an der Vorderfläche der Oberschenkel von der Mitte aufwärts flächenhaft ausgedehnte Venen, welche auch auf die Innenfläche der Oberschenkel sich erstrecken. Im Wurzelgebiete der Vena saphena magna sieht man einen leicht sklerosierten Strang, der sich nur auf eine kurze Strecke aufwärts verfolgen läßt. Das abnorm verlaufende Gefäß an der lateralen Seite des Oberschenkels kann eine normal verlaufende Vena saphena magna gewesen und obliteriert sein und es kann sich dann durch Erweiterung und Aneinanderkettung der oberflächlichen Hautvenen an der Außenseite der Oberschenkel dieser mächtige Venenstrang entwickelt haben, oder es handelt sich um einen angeborenen abnormen Verlauf der Vena saphena an der Außenfläche der Extremitäten. Für die letztere Annahme spricht das symmetrische Auftreten des Venenstranges.

Hermann v. Schrötter bemerkt, daß die Verteilung der ausgedehnten Venen in diesem Falle an die von Kobler beschriebenen Netze erinnert, welche in Bosnien gehäuft vorkommen sollen und für welche er eine angeborene Anlage annimmt, weil sie schon bei jugendlichen Individuen zur Beobachtung kommen.

Schrötter demonstriert das anatomische Präparat, welches bei der Obduktion des am 8. November vorgestellten Kranken (Tumorbildung des Schädels) gewonnen wurde. Es wurde damals ein Tumor angenommen, es konnte aber nicht mit Bestimmtheit gesagt werden, von welcher Stelle er ausgeht; es wurde auch die Möglichkeit gestreift, daß es sich um einen Zusammenhang des Tumors mit der Hypophysis handeln könnte. Die Untersuchung eines exstirpierten Stückchens der Geschwulst ergab, daß es sich um ein Fibrosarkom gehandelt hat, wodurch auch allfällige Metastasen von drüsigen Organen her ausgeschlossen waren. Der weitere Verlauf zeigte, daß kein Zusammenhang der Hypophysis bestand, da keine Symptome von seiten des Gehirns nachweisbar waren.

Gottwald Schwarz demonstriert das Radiogramm eines Falles von Lungengangrän. Auch klinisch war die Diagnose gestellt worden. Es fand sich bei der Durchleuchtung im rechten Unterlappen eine kindfaustgroße Höhle mit verdichteter Wandung. Der obere Teil dieser Höhle war lufterfüllt, der untere von einem Exsudatsee eingenommen, dessen Niveau sich horizontal begrenzte. Schüttelte man den Patienten, so sah man, wie die Oberfläche des Flüssigkeitssees kleine Wellen warf.

Maximilian Weinberger erwähnt eines Falles von Succussio Hippocratis bei ausgedehnter Lungengangrän mit Bildung großer Gangränhöhlen des Unterlappens, bei welchen das hörbare Schüttelgeräusch zu der, wie die Obduktion lehrte, irrigen Annahme eines durch Perforation einer Gangränhöhle entstandenen, abgesackten Pyopneumothorax führte.

Josef Wiesel: Renale Herzhypertrophie und chromaffines System. Bei Individuen die an chronischen Nephritiden sterben und gleichzeitig Herzhypertrophie zeigten, findet sich in vielen Fällen eine entschiedene ausgiebige Verbreiterung der Markssubstanz; sie wurde in einzelnen Fällen 6—8, ja bis 10 *mm* breit gefunden; die Rinde ist aber dabei nicht verschmälert, sondern hat ihre normale Konfiguration beibehalten. Histologisch findet sich eine reine Hypertrophie des Markes; es hat eine starke Zunahme der chromaffinen Zellen stattgefunden, ohne daß die einzelnen irgendwelche pathologische Zustände erkennen ließen. In Fällen, wo die Krankheit von relativ kurzer Dauer war, dokumentiert sich die Zunahme der Markssubstanz durch Einwanderung von Bildungszellen des Sympathikus von den außerhalb der Nebenniere liegenden sympathischen Ganglien her. Was das zeitliche Auftreten in bezug auf die Herzhypertrophie betrifft, kann Wiesel nichts positives angeben. Aber er hat nicht den Eindruck, daß die Hypertrophie des chromaffinen Systems zeitlich früher auftritt, als die Herzhypertrophie. Denn bei akuten Nephritiden, die noch zu keiner Herzhypertrophie geführt hatten, fand er niemals Zunahme des chromaffinen Systems, er glaubt, daß die Herzhypertrophie der Zeit nach früher auftritt als die des chromaffinen Systems. Allerdings muß diese Frage erst noch an geeignetem Material genau studiert werden, da sie wohl von prinzipieller Wichtigkeit ist.

i. m.

Der erste österreichische Kinderschutzkongreß in Wien.

(Schluß.)

Über die Grundzüge des Jugendstrafrechtes für Österreich referierte Oberlandesgerichtspräsident Dr. Albert Gertscher, Triest. Den Vorsitz in dieser Abteilung führte Sektionschef Dr. Mataja, als Vorsitzenderstellvertreter fungierte Professor Löffler, Wien.

Der Berichterstatter weist auf die Ergebnisse der über die Verwahrlosung veranstalteten Enquete hin, aus welcher die betrübende Wahrheit hervorgeht, daß wir zurückgeblieben sind, und daß rasche Hilfe not tue. Der Berichterstatter stellt vor allem die These auf, daß auf Personen, die zur Zeit der Begehung einer strafbaren Handlung das 16. Lebensjahr noch nicht zurückgelegt haben, das Strafgesetz keine Anwendung finde, dieselben jedoch nach den Umständen des einzelnen Falles der staatlich überwachten Erziehung überwiesen werden können. Die Bestrafung von Kindern zwischen 10 und 14 Jahren sei schädlich und wirkungslos. Es müsse über die in den bisherigen Strafgesetzentwürfen fixierte Altersgrenze hinausgegangen werden. Mit Rücksicht auf die zwischen dem 14. und 16. Lebensjahre in der Regel eintretende Pubertät könne in diesem Alter von einer strafrechtlichen Verantwortlichkeit keine Rede sein. Als Altersstufe relativer Strafmündigkeit nimmt der Referent in Übereinstimmung mit den auf Versammlungen der internationalen kriminalistischen Vereinigung aufgestellten Sätzen das Alter von 16—20 Jahren an. Der Referent wünscht, daß bei jugendlichen Delinquenten der Richter unter genauer und gewissenhafter Prüfung aller die Tat begleitenden Umstände sich die Frage vorzulegen habe, ob Strafe oder Entziehung das richtige Mittel znr Wiedergewinnung des Verirrten sei. Die staatlich beaufsichtigte Erziehung



könne bis zum 24. Jahre ausgedehnt werden. Im Falle der Verurteilung zur Strafe seien Todes- und lebenslängliche Freiheitsstrafen, dann alle entehrenden Strafen sowie die Stellung unter Polizeiaufsicht ausgeschlossen. Die Strafen werden in eigenen Jugendstrafanstalten nach dem Progressivsystem vollzogen. Als höchstes Maß der Freiheitsstrafe nimmt der Berichterstatter acht Jahre an.

An das Referat knüpfte sich eine eingehende Debatte. Die meisten Redner besprachen die Grenze des jugendlichen Alters bezüglich der Bestrafung.

Prof. Dr. Lenz, Czernowitz, bezeichnete es als Empfindungssache, ob das 14. Lebensjahr, wie er vorschlägt, oder das 16. Lebensjahr, wie der Referent es meint, als Strafmündigkeitsgrenze angesehen werde. Er schlägt zur Einführung in das österreichische Recht das amerikanische System des bedingten Aufschubes des Strafurteiles für das Stadium der Halbreife vor. Tat und Täter sollen festgestellt, aber das Strafurteil nicht gefällt werden, um den Jugendlichen den Makel der Strafe zu ersparen.

Prof. Löffler, Wien, wünscht, die Altersgrenze zwischen 14 und 18 Jahren festzusetzen. Er ist für die unbedingte Rehabilitierung der Tat Jugendlicher, sowie für die bedingte Verurteilung.

Dr. Ofner, Wien, wünscht die Ausdehnung der Altersgrenze gleichmäßig beim Zivil- und Strafrechte, womöglich bis zum 21. Lebensjahre. Es sei das Prinzip aufzustellen, daß der Jugendliche der Gesellschaft wiedergegeben werden müsse und daß dies Sache der Fürsorge und Erziehung sei.

Es sprachen dann noch Dr. Schönberger, Landesgerichtsrat Dr. Miricka, Prag, Landesgerichtsrat Dr. Maly, Troppau, Gerichtsadjunkt Dr. Preminger, Czernowitz, und Hofrat Dr. Leutner, Innsbruck. Gerichtsadjunkt Dr. Preminger wünscht, die Altersgrenze vom 12. bis 20. Lebensjahre festzusetzen.

In der Abteilung für Fürsorgeerziehung hatte Bezirkshauptmann Prinz Ed. v. Liechtenstein den Vorsitz. Un.-Doz. Dr. Reicher erstattete das Referat. Er führte aus, daß die Verwahrlosung in ihrer Massenerscheinung ein Produkt unserer sozialen Verhältnisse sei, die als soziale Gefahr auf die Gesellschaft zurückwirke und als gemeingefährlicher Zustand in ihren Folgen die Rechtsordnung des Staates bedrohe. Dem geltenden Rechte sei noch die Auffassung fremd, daß es sich bei der Verwahrlosung nicht nur um die Gefährdung des Kindes handelt, sondern daß die Verwahrlosung auch eine Gefahr für die Allgemeinheit bedeutet und daher aus allgemein staatlichen Gesichtspunkten zu bekämpfen wäre. Die Verwahrlosung bedeutet die Vorstufe des Verbrechens, insofern sie eine verminderte sittliche Widerstandskraft gegen Anreize zu strafbarem Handeln im Gefolge hat. Die Voraussetzung der Fürsorgeerziehung bildet ein Alter unter 18 Jahren, also das Alter der Erziehbarkeit.

Über die Frage „Kindermißhandlungen, ihre Ursachen und Abhilfe degegen" berichtet Fräulein Lydia v. Wolfring, Präsidentin des Pestalozzi-Vereines. Die Berichterstatterin kommt zu folgenden Thesen: 1. Zentralisierung der Rechtsprechung: örtlich und fachlich (Senat von Einzelrichtern). 2. Zentralisierung der Kriminalpolizei. 3. Schaffung einer gerichtsärztlichen Zentrale. 4. Zentralisierung der Rechtsvertretung und Anklage.

Fräulein v. Wolfring wird zur Referentin über die Frage VI bestellt.

Es wird zur Erledigung der Frage „Erfahrungen der Gerichtsärzte in Fällen von Kindermißhandlungen" geschritten. Zu diesem Punkte haben die Universitätsprofessoren Dr. Albin Haberda, Wien, Dr. Alexander Kolisko, Wien, und Dr. Paul Dittrich, Prag, Gutachten erstattet. Als Berichterstatter fungiert Prof. Dr. Haberda, welcher in seinem mit lebhaftem Beifall aufgenommenen Referate ausführt: Bemerkenswert ist, daß selbst in solchen Fällen, in denen die zu gerichtlichen Erhebungen führenden Anzeigen von unmenschlich rohen Züchtigungen und von liebloser Behandlung berichten, die objektive Untersuchung nicht selten keinerlei Stütze für diese Behauptungen ergibt. Die Anzeigen beruhen oft nur auf Vermutungen. Es ist bezeichnend, daß gerade da, wo an einem lebenden Kinde oder an einer Kindesleiche ungezählte Blutbeulen und vielfache Knochenbrüche vorzuliegen scheinen, nicht selten alle diese Befunde aus einer natürlichen Erkrankung zu erklären sind, indes sie dem Laien als Zeichen beispielloser roher Mißhandlung erscheinen. Stellt aber die Untersuchung fest, daß wirkliche Verletzungen vorliegen, so ist damit noch nicht gesagt, daß diese absichtlich gesetzt wurden, es ist vielmehr immer zu erwägen, ob sie nicht zufällig entstanden sein können. Der Referent gibt zu, daß es schwere Fälle von Mißhandlungen gebe, allein ob auch der Tod immer mit den Verletzungen in ursächlichem Zusammenhang stehe, kann nicht zugegeben werden; sehr oft ist eine natürliche Todesursache erwiesen worden. Die Frage, ob in einem konkreten Falle absichtliche Nahrungsentziehung oder nur eine irrationelle Ernährung, welch letztere ja so häufig vorkommt, vorliege, ist meist nicht zu entscheiden. Zum Referenten für die Plenarversammlung wurde Oberstaatsanwaltstellvertreter Dr. Zatschek, Brünn, bestellt, womit die Tagesordnung dieser Abteilung erschöpft ist.

In der Abteilung Ia, in der Baron Call den Vorsitz führte, kam folgende Frage zur Erörterung: „Empfiehlt es sich, gewissen Vereinen und Anstalten oder Körperschaften, in deren Obsorge ein Kind sich befindet, die Rechte und Pflichten der Vormundschaft zu übertragen, eventuell unter welchen Voraussetzungen und Bedingungen empfiehlt sich dies?" Hiezu wurden vom Ministerialrat Dr. Schauer, Magistratsdirektor Dr. Weiskirchner, Bezirkshauptmann Dr. Prinzen Liechtenstein und Dozenten Dr. Reicher Gutachten erstattet.

Der Berichterstatter Landesgerichtspräsident Freiherr v. Fellner konstatiert im Anschluß an die erstatteten Gutachten, es sei in weiten Kreisen zur Überzeugung geworden, daß dem Beispiele fremder Staaten folgend, nur durch Einführung der sogenannten Generalvormundschaft Wandel geschaffen werden könne, und zwar dann, wenn im einzelnen Falle ein geeigneter Einzelvormund nicht bestellt werden kann. Bei Einführung der Generalvormundschaft dürfte es sich empfehlen, die außer den Anstalten untergebrachten Kinder dem territorealen Generalvormund zu unterstellen, während die Vormundschaft über die in den Anstalten selbst untergebrachten Zöglinge der Anstalt vorbehalten werden könnte.

Frau Marianne Hainisch verlangte die Zulassung von Frauen zu dem Amte des Vormundes und die Einführung von vormundschaftlichem Unterrichte für männliche und weibliche Vormünder.

Frau Henriette Hontschik, Brünn, teilte mit, daß dort bereits zwei Frauen zu Vormünderinnen ernannt und beeidet wurden.

Nachdem Gerichtsadjunkt Albert Ehrenzweig gesprochen hatte, ergriff der Präsident des Vereines Kinderschutzstationen Dr. Prinz Ed. v. Liechtenstein das Wort. Er erklärte sich als prinzipiellen Anhänger der Generalvormundschaft, aber nur unter gewissen sehr erschwerenden Kautelen. Er erblickt in der Generalvormundschaft eine Gefahr für die Familie. Unser Bestreben muß darauf gerichtet sein, die Familie in ihrem Bestande zu erhalten. Das Zurückgehen des Familiensinnes sei zurückzuführen auf traurige wirtschaftliche Verhältnisse, aber auch auf das immer mehr schwindende Bewußtsein der Elternpflicht und das Schwinden des christlichen Bewußtseins. Man müßte da allen entgegentreten, die unter dem Titel einer wissenschaftlichen Forschung das Gegenteil predigen und Werke liefern, welche von ernsten Gelehrten direkt als Pamphlete wissenschaftlicher Arbeiten bezeichnet werden. Er stimmt der Forderung, Frauen als Vormünderinnen zuzulassen, bei; hiedurch würde die Frage von Einzelvormündern leichter zu lösen lein. Die Generalvormundschaft, meint Redner, wird immer etwas Bureaukratisches an sich haben. In der Zusammensetzung der Generalvormundschaft müßte man sehr vorsichtig sein; es müßte dies ein



Kollegium von Männern und Frauen sein, welche Liebe und Interesse an der Sache haben und welche sich freiwillig melden, nach Art der heutigen Waisenräte. Vertreten müßten sein: die Schule, die Konfession des betreffenden Kindes und die betreffende Aufenthaltsgemeinde.

Erbgraf Trauttmansdorff unterbreitete einen Vorschlag zur Organisation der Waisenschaftsräte.

Gerichtssekretär Dr. Fachini gibt dem Gedanken Ausdruck, daß die Vormundschaft den Gerichten genommen und den politischen Verwaltungsbehörden erster Instanz übertragen werden soll. Der Richter sei nicht das taugliche Organ für den Träger der staatlichen Obervormundschaft.

Der Vorsitzende Dr. M. Baernreither dankte hierauf allen für die Teilnahme an den Beratungen und machte die Mitteilung, daß ein ständiger Ausschuß eingesetzt wurde, um die Vorbereitungen für den nächsten Kongreß zu pflegen.

Dr. K.

V. Aus der Praxis.

Über die Behandlung der Erkrankungen des äußeren Ohres. Von Prof. Dr. Alfred Denker.

D. schreibt in der „Deutsch. med. Woch.“ Nr. 47: Bei den Mißbildungen haben wir Exzeßbildungen und Hemmungsbildungen zu unterscheiden. In der Umgebung der Ohrmuschel kommen bisweilen unter der Kutis Knorpelrudimente vor, und ferner hat man das Auftreten mehrerer Ohrmuscheln (Polyotie) auf derselben Seite beobachtet. Bilden diese deformierende Vorsprünge, so lassen sie sich ohne Schwierigkeit exzidieren. Eine nicht sehr seltene Hemmungsbildung an der Ohrmuschel ist die Fistula auris congenita; dieselbe stellt einen blind endigenden Fistelgang dar, dessen Öffnung meistens vor und über dem Tragus liegt; da in demselben angehäufte mazerierte Epidermismassen nicht selten von außen infiziert werden und zu Abszedierung und Bildung von Retentionszysten führen können, so wird ihre Beseitigung bisweilen notwendig. Diese geschieht entweder auf blutigem Wege, indem man nach Einführung einer dicken Sonde eine Umschneidung der Fistelwandung ausführt, oder einfach vermittels eines galvanokaustischen Spitzbrenners, den man bis an das Ende der Fistel einführt und dann zum Glühen bringt. — Unter den Entwicklungshemmungen des äußeren Ohres ist ferner das Fehlen oder die rudimentäre Ausbildung der Ohrmuschel ein relativ häufiges Vorkommnis. Es ist meistens verbunden mit kongenitaler Atresie des Gehörganges, dem Fehlen des Trommelfelles und einer mangelhaften Ausbildung von Hammer und Ambos. Trotz dieser ausgedehnten Veränderung an dem Schallleitungsapparat pflegt bei Intaktheit des inneren Ohres die Herabsetzung der Hörfunktion nicht derartig zu sein, daß z. B. bei doppelseitigem Verschluß die Sprache nicht auf natürlichem Wege erlernt würde. Die Behandlung, welche wohl ausschließlich bei einseitiger Atresie und hier nur dann in Frage kommt, wenn das andere Ohr sein Hörvermögen gänzlich eingebüßt hat, ist eine chirurgische und besteht darin, daß man von der Oberfläche des Processus mastoideus aus einen Kanal durch das Antrum mastoideum hindurch zu der Paukenhöhle hin anlegt und ihn durch Vornahme Thierscher Transplantationen offen hält. — Abnorm abstehende und sehr große Ohrmuscheln lassen sich durch Exzision keilförmiger Stücke der Ohrmuschel und nachfolgender Naht korrigieren, resp. verkleinern.

Mechanische Verletzungen kommen an der Ohrmuschel sehr häufig vor und führen entweder zu Kontinuitätstrennungen oder zu Kontusionen und ihren Folgezuständen (Othämatom). Die Kontinuitätstrennungen der Ohrmuschel müssen nach gründlicher Reinigung der Umgebung der Wunde auf das sorgfältigste durch die Naht vereinigt werden und heilen bei antiseptischer Behandlung in der Regel per primam intentionem selbst dann, wenn die ganze Ohrmuschel fast vollständig abgetrennt war. — Spaltung des Ohrläppchens, die durch Ausreißen von Ohrringen entstehen kann, behandelt man, indem man die angefrischten Ränder durch die Naht vereinigt.

Das Othämatom, das in den meisten Fällen durch vorhergegangene Gewalteinwirkungen bedingt ist, entsteht durch einen Bluterguß, der in das subkutane Bindegewebe zwischen Perichondrium und Knorpel oder auch zwischen die Knorpellagen selbst erfolgt. Die Therapie kann eine konservative sein und besteht dann in täglicher Aufpinselung von Jodtinktur oder Kollodium, vorsichtiger Massage und Anlegung eines Druckverbandes mit Unterpolsterung der Ohrmuschel von rückwärts; dieselbe Behandlung ohne Massage kann man auch anwenden, nachdem man vorher das Blutextravasat unter antiseptischen Kautelen mit der Pravazschen Spritze entleert hat. Bei größeren Ergüssen und bei älteren Geschwülsten, besonders wenn Vereiterung droht, sieht man von ausgiebigen Inzisionen mit nachfolgendem Alkoholverband die besten Erfolge.

Bei der exponierten Lage der Ohrmuschel werden nicht selten Erfrierungen und Verbrennungen beobachtet. Prophylaktisch ist zu Erfrierung neigenden, anämischen Patienten neben einer Allgemeinbehandlung bei dem Eintritt stärkerer Kältegrade das Tragen von Ohrenklappen zu empfehlen. Gegen das lästige Jucken und Brennen kann man Tinct. jodi mit Zusatz von Tinct. opii oder Ichthyol mit Ol. Terebinth. zu gleichen Teilen anwenden. Ist es zur Bildung von Blasen gekommen, so müssen diese gespalten und darauf Salbenverbände (Borsalbe, weiße Präzipitatsalbe) appliziert werden. Frostbeulen behandelt man mit Erfolg durch Bepinselung mit Jodtinktur oder Ichthyol, zwei- bis dreimal täglich. Bei Geschwürs- und Granulationsbildung empfiehlt sich am meisten die Anwendung des Höllensteinstiftes. — Bei Verbrennungen der Ohrmuschel kommt je nach dem verschiedenen Grade derselben die auch an der übrigen Körperoberfläche übliche Behandlung in Betracht, und zwar sind bei ausgedehnteren Zerstörungen der Haut Hauttransplantationen sehr am Platze, um Entstellungen durch Narbenkontraktur zu vermeiden. Ist die Verbrennung auf der hinteren Fläche der Muschel und der angrenzenden Partie des Processus mastoideus lokalisiert, so

verwendet man zur Verhütung von Verwachsungen entweder den Höllensteinstift oder man nimmt auch hier zu Hauttransplantationen seine Zuflucht. (Fortsetzung folgt.)

VI. Notizen.

Internationale balneologische Ausstellung in Spa. In der Zeit vom 20. Juli bis 30. August d. J. findet in Spa eine Internationale balneologische Ausstellung statt. Nach dem Programm der Veranstaltung soll nicht nur der gegenwärtige Stand der Balneologie im engeren Sinne, sondern sollen auch Objekte aus allen anderen Gebieten, die für die Entwicklung der modernen Badeorte von Bedeutung sind, insbesondere aus dem Bereiche der Hygiene, Architektur, der Wohnungs- und Bädereinrichtungen, des Sports usw. den Besuchern vorgeführt werden. Anmeldungen zu dieser Ausstellung sind bis längstens 30. Juni d. J. an das General-Sekretariat in Spa, Belgien, Avenue de Marteau 43, zu richten.

Verband ärztlicher Heilanstaltsbesitzer und -Leiter in Steiermark. Die ärztlichen Heilanstaltsbesitzer und -Leiter in Steiermark haben, als erste in Österreich, einen Verband ins Leben gerufen, der neben der Förderung wirtschaftlicher Interessen auch einen kollegialen Zusammenschluß in anderen Fragen bezweckt. In der am 6. Februar stattgefundenen konstituierenden Versammlung wurden in den Vorstand gewählt: Dr. Stichl, Maria-Grün, als Obmann, Dr. v. Scarpatelti, Krottendorf, Dr. Feiler, Judendorf-Straßengel, Dr. Wiesler, Graz, Dr. Miglitz, Lassnitz. Durch die Fülle gemeinsamer Interessen ist dem Verbande ein weites Arbeitsfeld offen. Vielleicht regt diese Neugründung auch in anderen Kronländern den engeren Zusammenschluß dieser wichtigen ärztlichen Fachgruppe und in weiterer Zukunft auch die Organisation sämtlicher österreichischen Heilanstaltsbesitzer und -Leiter an.

Zulassung ausländischer Arzte zur Ausübung der ärztlichen Praxis in Japan. Zufolge einer Kundmachung des japanischen Amtsblattes vom 12. August 1906 (Verordnung Nr. 244 und 245) werden Untertanen fremder Länder, welche die Praxisausübung japanischer Ärzte und Zahnärzte in ihrem Staatsgebiete ohne Nachprüfung (Nostrifikation) zulassen, auch in Japan zur Ausübung der ärztlichen Praxis zugelassen werden, wenn sie die entsprechenden Diplome besitzen und ihre Zulassungsfähigkeit durch den Minister des Innern anerkannt wird. Von nun an sollen demnach nur ärztliche Diplome jener Länder, in welchen japanische Diplome anerkannt werden, auch in Japan derselben Begünstigung teilhaftig werden. Japaner mit Diplomen ausländischer Universitäten dürfen gleichfalls mit Erlaubnis des Ministers des Innern in Japan praktizieren. Von dieser auf dem Prinzipe der Reziprozität basierenden Verfügung der japanischen Regierung setzte das k. k. Ministerium für Kultus und Unterricht mit dem Erlasse vom 16. Dezember 1906, Z. 41191/VII, die Dekanate sämtlicher medizinischen Fakultäten in Österreich mit dem Beifügen in Kenntnis, daß eine grundsätzliche Änderung der in Österreich geltenden Nostrifikationsvorschriften aus dem vorliegenden Anlasse nicht in Aussicht genommen wird.

X. Kongreß der polnischen Arzte und Naturforscher in Lemberg. Aus Anlaß des X. Kongresses der polnischen Ärzte und Naturforscher, welcher im laufenden Jahre in Lemberg abgehalten wird, soll in der genannten Stadt in der Zeit vom 16. Juni bis 24. Juli 1907 eine naturwissenschaftlich-medizinische Ausstellung stattfinden, in welcher nachstehende Abteilungen und Gruppen vertreten sein werden: I. Naturwissenschaftlich-medizinische Abteilung: 1. Die wissenschaftliche naturhistorisch-ärztliche Gruppe; 2. die balneologische Gruppe; 3. die pharmazeutische Gruppe; 4. die Gruppe für chemische Industrie; 5. die Gruppe für ärztliche Instrumente und Apparate. II. Hygienische Abteilung: Die Gruppen 1. für Ernährunghygiene; 2. für Wohlfahrtseinrichtungen von Gemeinden; 3. für Krankenhauswesen; 4. für Jugenderziehung; 5. für Fabriks- und Arbeiterhygiene; 6. für Wohnungshygiene; 7. für Hygiene der Bekleidung; 8. für Infektionskrankheiten und deren Bekämpfung; 9. für Kinderhygiene; 10. für Volkshygiene. An der Ausstellung dürfen nur polnische Gelehrte und Industrielle teilnehmen. Ausländische Institute und Firmen können zur Ausstellung nur in der wissenschaftlichen und informativen Abteilung und nur mit solchen Objekten zugelassen werden, welche die polnische Industrie nicht erzeugt. Über die Annahme von Anmeldungen entscheidet eine vom Ausstellungskomitee eingesetzte Kommission. Die Anmeldungen von Ausstellungsobjekten müssen in zwei Exemplaren auf den hiefür bestimmten und von der Ausstellungsdirektion unentgeltlich zur Verfügung gestellten Formularien direkt an den Direktor der Ausstellung Dr. Kalikst Kryżanowski in Lemberg (k. k. Statthalterei), Telephon Nr. 412, eingesendet werden. Die Ausstellungsobjekte sind in der Zeit vom 1.—10. Juni l. J. an den Ausstellungsdirektor einzuschicken, welcher auch auf alle sonstigen, die Ausstellung betreffenden Anfragen bereitwilligst Auskunft erteilt.

VII. Bibliographie.

Verdeutschungsbücher des allg. deutschen Sprachvereines. — Die Heilkunde. Bearbeitet von Dr. Otto Kunon. 1907. Berlin, F. Berggold. Mk —.60.

Beiträge zur chem. Physiologie und Pathologie. Zeitschrift für die gesamte Biochemie. Herausgegeben von Professor Fr. Hofmeister, Straßburg. 9. Bd., Heft 5–7. Braunschweig, Verlag Fried. Vieweg & Sohn, 1907.

Der Tripper. Laien verständlich dargestellt. Von Dr. Orlowski, Spezialarzt in Berlin. Würzburg, A. Stubers Verlag (Karl Kabitzsch), 1907.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/$_1$, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von a. ö. Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/$_1$, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/$_1$, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 18. Wien, 4. Mai 1907. Nr. 18.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Mit Bedauern sehen wir das Scheiden des Professors Dr. J. Nevinny von der Redaktion dieser Blätter, da derselbe infolge anderweitiger beruflicher Überbürdung seine Stelle als Chefredakteur niedergelegt hat; freuen uns aber, unseren Abonnenten und Lesern gleichzeitig mitteilen zu können, daß es uns gelungen ist, Herrn Universitätsprofessor Dr. S. Klein, Abteilungsvorstand der Wiener allgem. Poliklinik als Chefredakteur zu gewinnen.

Die „Medizinischen Blätter“ sollen in nächster Zukunft eine weitere Ausgestaltung erfahren und hoffen wir darüber schon demnächst näheres mitteilen zu können.

Die Redaktion.

Zur Pathogenese der harnsauren Diathese.

Von Sanitätsrat **Dr. Scherk**, Bad Homburg.

In meiner letzten Arbeit, welche in den „Medizinischen Blättern“ Nr. 49, 1906 unter der Überschrift „Hydrolyse und Katalyse in ihrer Beziehung zur Zuckerkrankheit“ veröffentlicht ist, habe ich zum Schlusse hervorgehoben, daß wir bei der Entwicklung der Gicht und Fettsucht mit analogen fermentativen Faktoren zu rechnen haben, wie wir dieselbe bei der Ätiologie des Diabetes anerkennen.

Wenn ich mir nun gestatte, zunächst die Arthritis von diesem Standpunkte aus zu beleuchten, so scheint mir eine Lösung dieser Frage durchaus zeitgemäß, zumal auch andere Autoren heutzutage die Fermentwirkung bei der Entwicklung der Gicht auf die Wagschale legen und die Pathogenese dieser Konstitutionsanomalie mit einer mangelhaften Harnsäureoxydation in Zusammenhang bringen.

So führt Kionka (Vortrag auf der VI. ärztlichen Studienreise in Sigmaringen) neuerdings die Ursache der Gicht auf eine gestörte Fermentwirkung der Leberzellen zurück. Kionka hat bei Gichtikern eine vermehrte Anhäufung von Glykokoll neben der vermehrten Harnsäureansammlung im Blute gefunden und behauptet, daß das Glykokoll, welches nach seiner Anschauung eine Mittelstufe bei dem Abbau der Harnsäure zu Harnstoff bildet, einen bedeutenden pathogenetischen Faktor in der Entwicklung der Gicht darstellt. Es werden bei dem Arthritiker andere chemische Affinitäten wie bei Gesunden, bei der Bindung der Harnsäure zu beachten sein und die Nierenfunktion wird verändert sein.

Im Gegensatze zu den Leukämikern, bei welchen Kionka ebenfalls neben dem Harnsäureüberschuß eine Glykokollanhäufung im Blute gefunden hat, bei den aber die Nierenaffektion und die chemischen Bindungsabnormitäten der Harnsäure fehlen.

Wiewohl nun anzuerkennen ist, daß Kionka die gestörte Leberfermentwirkung als bedeutungsvolles ätiologisches Moment bei der Entwicklung der Gicht berücksichtigt, so sind doch gegen die Ausführung seiner Theorie verschiedene Bedenken aufzustellen.

Denn es steht fest, daß es Gichtkranke gibt, bei denen die Nieren vollkommen wie bei gesunden Menschen funktionieren und die Hypothese, daß das Glykokoll eine intermediäre Zwischenstufe bei dem Abbau der Harnsäure bilde, ist keineswegs einwandfrei.

Die intermediären Stufen im Abbau der Eiweißkörper sind uns noch in Dunkel gehüllt, diese komplizierten Umsetzungen sind noch nicht geklärt, wir wissen nur, daß dieselben mit der spezifischen Fermentwirkung in innigem Zusammenhang stehen und daß neben den Umprägungen der Nährsubstanzen, welche durch die Hydrolyse verursacht werden, synthetische Produkte zu berücksichtigen sind, welche namentlich bei den intramediären Etappen, wie Alderhalden kürzlich nachgewiesen hat, eine hervorragende Rolle spielen.

Daß schließlich die Intraorganoxydation, welche durch die Funktion der Oxydasen bewerkstelligt wird, bei dem Abbau von einschneidender Bedeutung ist, wird von keiner Seite mehr bestritten, die Sauerstoffübertragung, welche durch die anorganischen Substanzen, nicht durch hydrolytische Fermente, veranlaßt wird, kann als Endziel eines vollwertigen fermentativen Prozesses angesprochen werden. Daran schließt sich im Stoffwechsel bekanntlich die Exkretion an, welche die Aufgabe zu erfüllen hat, die Fäulnisprodukte und Verbrennungsprodukte zu exportieren.

Eine besondere Stellung bei den Exkreten müssen wir der Galle zuschreiben, da dieselbe bei ihrer Vermengung mit den Pankreasfermenten im Duodenum einen günstigen Einfluß auf die erhöhte Aktivierung dieser spezifischen Enzyme ausübt.

Verfolgen wir von diesem Gesichtspunkte aus den Abbau der Nukleine, welche doch zweifellos die Muttersubstanz der Harnsäure darstellen, so ist zunächst die Ein-

wirkung des Trypsin in Betracht zu ziehen. Daß durch dieses spezifische Pankreasenzym das Zellkerneiweiß zunächst im Intestinaltraktus einer Hydrolyse unterliegt, ist nicht zu bestreiten. Dabei ist zu beachten, daß das spezifisch wirkende Pankreasferment erst nach seinen Austritt aus den Drüsenzellen durch Hinzutreten des Dünndarmsaftes (Enterokinase) aktiviert wird.

Wir wissen, daß die Bildung von Leuzin, Tyrosin, Kreatin und anderer Amidosäuren die Folge der Trypsinwirkung ist. Aber auch Xanthin und Hypoxanthin bilden das Resultat der Eiweißänderung durch die Einwirkung des Pankreasenzyms, und wenn wir die Oxydation der Hydrolyse hypothetisch anreihen, so würden folgende Formeln zum Aufbau der Harnsäure führen.

$$\text{Hypoxanthin} = C_5 H_4 N_4 O$$
$$\text{Xanthin} = C_5 H_4 N_4 O_2$$
$$\text{Harnsäure} = C_5 H_4 N_4 O_3$$

Daß andererseits der Abbau der Harnsäure unter normalen Verhältnissen durch die Einwirkung bestimmter Leberzellenfermente verursacht wird, ist heutzutage allgemein angenommen.

Leider sind die Stoffwechseluntersuchungen noch nicht so weit vorgeschritten, daß die Zwischenstufen und die Synthesen, welche bei dem retrogressiven Harnsäureprozeß verlaufen, präzisiert werden können, doch ist einleuchtend, daß wir bei der Umwandlung der Nukleine Harnsäure als Zwischenstufe und Harnstoff als Endprodukt im Stoffwechselprozesse anerkennen müssen, und daß wir die Wirkung verschiedener Fermente bei diesen Vorgängen in Rechnung stellen müssen.

Wenn wir nun bei der Entwicklung einer uratischen Diathese mit minderwertigen Fermenten zu tun haben, so lassen sich die Symptome, welche die Arthritis und die arthritische Steinbildung kennzeichnen, in einfacher Weise illustrieren.

In erster Linie zeigt die hereditäre Disposition, wie dieselbe bei der Gicht nicht zu bestreiten ist, daß diese Deutung richtig ist.

In meiner Abhandlung über „die neurogene Ursache der Gicht" (Verlag von Vogel und Kreienbrink, Berlin, 1903) habe ich namentlich die englischen Autoren zitiert, welche die Entwicklung der Gicht auf nervöse Affektionen zurückgeführt haben, und wenn wir in Erwägung ziehen, daß der Tonus der sekretorischen Drüsenzellen und ihre produktive Funktion von der normalen Innervierung abhängig ist, so würde dieses ätiologische Moment zunächst mit der erfolgreichen Verwertung der spezifischen Pankreasenzyme in Einklang zu bringen sein.

Aber nicht nur die sekretorischen Drüsenzellen, sondern alle Zellen stehen in ihrer biologischen Tätigkeit mit dem Nervensystem in inniger Verbindung und es liegt auf der Hand, daß die intrazelluläre Fermentproduktion der Leberzellen von demselben Gesichtspunkte aus zu beurteilen ist.

Auch die ausgesprochene Koinzidenz, wie dieselbe zwischen Gicht, Diabetes und Fettsucht beobachtet wird, weist auf einen gemeinsamen nervösen Faktor hin, welcher seinen Einfluß auf die Funktion des Pankreas und der Leber ausübt, indem diese beiden Drüsen denselben sympathischen Gebilden bei ihrer Zellenfunktion unterliegen.

Findet eine mangelhafte Innervierung dieser Zellen statt, so wird eine minderwertige Enzymbildung die unmittelbare Folge sein, die Umprägung der Nahrungsnukleine wird sich von der normalen hydrolytischen Wirkung dadurch unterscheiden, daß eine Harnsäure geliefert wird, welche der normalen Harnsäure isomer ist, aber eine andere Konfiguration der Moleküle aufweist, und infolgedessen zum weiteren Abbau resp. zur Oxydation sich nicht eignet.

Daß die Bildung von isomeren Substanzen im menschlichen Haushalte eine große Bedeutung hat, darauf weisen verschiedene neuere Arbeiten hin. Prof. Emil Fischer hat beispielsweise allein vier isomere Äthylharnsäuren nachgewiesen. So können wir uns auch erklären, daß die Harnsäure, welche bei der Leukozytose im Harne sich anhäuft, nie im Organismus zu arthritischen Erscheinungen führt. Die Nukleine der Leukozyten sind nicht als Nahrungsmittel per os einverleibt, sondern sind durch Synthese im Stoffwechsel gebildet, sind demnach nicht direkt der hydrolytischen Spaltung ausgesetzt.

Daß wir in der Tat bei einer uratischen Diathese, zu welcher wir außer der Arthritis und Steinbildung auch die Bleigicht rechnen können, mit einer abnorm konfigurierten Harnsäure zu tun haben, geht schon aus der differenten chemischen Affinität hervor.

Die Bildung der Tophi in den Knorpelsubstanzen ist zunächst auf die Verbindung der arthritischen Harnsäure mit dem hohen Natrongehalt der Knorpel zurückzuleiten. Daß neben diesem chemischen Faktor noch besondere physikalische Verhältnisse bei den Sedimentierungen zu berücksichtigen sind, ist nicht auszuschließen.

Diese Momente habe ich in einer Ausführung über die Knorpel- und Nierengicht neuerdings klarzulegen versucht. (Med. Woche Nr. 4, 1906.)

Wir finden die harnsauren Ablagerungen bei den Gichtkranken nicht nur in den verschiedenen Gelenkknorpeln, sondern im Augenlid, Nasenknorpel, Kehlkopf, in den Ringknorpeln der Bronchien, im Ohrenknorpel, Rippenknorpel. (Schluß folgt.)

Prof. v. Mosetig, Ritter v. Moorhof †.

Nach dem Ergebnis der Nachforschungen ist es fast zweifellos, daß Hofrat v. Mosetig das Opfer eines Unfalles geworden ist; eines jener tückischen Zufälle, der oft gerade einen der besten hinweggerafft.

Professor v. Mosetig litt an einer weit vorgeschrittenen Arterienverkalkung und hatte infolge dessen öfters Schwindelanfälle. Auch sein nervöser Darmkatarrh verursachte ihm viele Beschwerden. Es gehörte zu seinen täglichen Gewohnheiten, früh morgens einen langen Spaziergang zu unternehmen. Am 25. April morgens war er bei einem seiner weiten Spaziergänge bis zum Kommunalbad gekommen, ging dort, wie sich aus mehreren Aussagen von Passanten ergibt, in den Anlagen umher und stieg gegen Mittag zur Donau hinab, um sich, einer Gewohnheit der letzten Zeit folgend, mit Flußwasser den Kopf zu befeuchten. Ein Diener des Kommunalbades sah nun, wie er dabei plötzlich ins Wasser fiel und hörte seine Hilferufe. Leute eilten herbei, man reichte dem Ertrinkenden eine Stange, aber es war vergebens. Eine Sturzwelle trieb den Körper weiter, bis er unter einem Schlepper verschwand und nicht mehr zum Vorschein kam. Der Polizeianzeiger meldete, daß in der Nähe des Kommunalbades ein älterer, sichtlich den besseren Ständen angehörender Mann ins Wasser gefallen und ertrunken sei. Erst als der Diener des Hofrates die polizeiliche Anzeige vom rätselhaften Verschwinden seines Herrn machte und auf dem Kommissariat den ihm vorgezeigten Hut und den Schirm als Eigentum des Professors erkannte, wurde es klar, wer der unbekannte Tote war.

v. Mosetig stand im 70. Lebensjahr. Zu Triest am 26. Jänner 1838 geboren, kam er als Student der Medizin nach Wien. Er wurde ein Schüler des Chirurgen Dumreicher, der ihn in den Sechzigerjahren zu seinem Assistenten machte. 1866 war er Feldarzt und von da an stieg sein Ruf als Chirurg; die Kriegschirurgie verehrt in ihm einen ihrer Besten. 1870 im deutsch-französischen Kriege, 1878 im bosnischen Feldzug, 1885 im serbisch-bulgarischen Krieg in hervorragender Stellung als Arzt tätig, sammelte er reiche Erfahrung, die er der Wissenschaft nutzbar machte. Bahnbrechend wirkte er durch die Einführung des Jodoforms in die Wundbehandlung. Als Lister das antiseptische Verfahren begründete, bedeutete das Jodoform eine wertvolle Hilfe. Drei Jahrzehnte stand es in Verwendung, bis das neue aseptische Verfahren, welches das antiseptische ablöste, das Jodoform ebenso zurückdrängte, wie die Karbolsäure. Die zweite bedeutende Tat war die Erfindung der Knochenplombe. Sie besteht aus einem Gemenge.



dessen Hauptbestandteil Jodoform ist und wird in Knochenhöhlungen gegossen. Von besonderer Wichtigkeit ist dieses Verfahren zum Beispiel bei Knochentuberkulose, wo die Höhlung gereinigt und dann mit der Plombe gefüllt wird. Die Erfolge, die Mosetig damit erzielte, veranlaßten ihn, die neue berühmte Stauungsmethode des Bonner Chirurgen Bier nicht allzuschnell zu übernehmen. Im allgemeinen gehörte er zu jenen Gelehrten, die sich dem Fortschritt in ihrer Wissenschaft nicht verschließen und fremde Erfolge neidlos anerkennen. Wer je mit ihm in Berührung trat, Schüler und Patienten, hingen mit Liebe an ihm. Nicht unvergessen soll es bleiben, daß Mosetig zu den Gründern der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft zählt und daß ihm die Allgemeinheit eine vorzügliche Schrift über „Erste Hilfe in plötzlichen Unglücksfällen" verdankt, wie er denn auch den ersten öffentlichen Samariterkurs leitete.

Der plötzliche Tod Mosetigs hat bei der allgemeinen Beliebtheit, der er sich erfreute, großes Aufsehen erregt. Die Tagesblätter brachten eingehende Würdigungen des Dahingeschiedenen.

So äußerte sich Prof. Dr. Alexander Fraenkel wie folgt: „Ich habe Mosetig als Menschen, als Arzt und als Spezialkollegen stets sehr hoch geschätzt, und ich weiß mich darin eins mit allen österreichischen und zahlreichen ausländischen Fachgenossen. Was ihn ganz besonders auszeichnete, war die Integrität seines Charakters und der heilige Ernst, mit dem er an die Ausübung seines Berufes und an alle wissenschaftlichen Fragen, die ihn beschäftigten, herantrat. Wollte man seine Richtung in der Chirurgie charakterisieren, so würde man ihn vielleicht als chirurgischen Therapeuten am besten kennzeichnen. Er war fortwährend darum bemüht, Heilmittel zu finden. Seinen ersten großen Erfolg in diesem Bestreben bildete die Einführung des Jodoforms. Es hatte ganz besondere Bedeutung, daß er mit diesem Präparat ein wirkliches Wundheilmittel in die Praxis eingeführt hat. So sehr man auch über die theoretische Begründung der Wirkungen des Jodoforms zu diskutieren Anlaß hatte, seine außerordentliche praktische Brauchbarkeit steht auch heute noch über jedem Zweifel.

Ein nahezu gleich glücklicher Griff gelang ihm mit der Einführung der Milchsäuretherapie, die namentlich in der Laryngologie, bei tuberkulösen Kehlkopfaffektionen zu den wirksamsten Behandlungsmethoden zählt. Auch um die Heilung des Krebses war er bemüht, und fast schien es, als hätte er den Lohn seiner jahrelangen Bemühungen durch Erfolge mit der von ihm eingeführten Farbstofftherapie gefunden. Leider aber erwies sich bei ausgedehnterer Prüfung seine auf eine geistreiche Theorie aufgebaute Behandlung nicht so erfolgreich, wie er es dachte und wie es zu wünschen gewesen wäre. Immerhin ist auch von diesen Bestrebungen manches Nützliche und Brauchbare für die praktische Heilkunde hervorgegangen.

Seine letzten und erfolgreichsten Bemühungen galten der Heilung der nach Operationen wegen Tuberkulose restierenden Knochenwunden. Er hat ein Verfahren ersonnen, das in Analogisierung der allgemein geübten Praxis der Zahnärzte, die durch die Operation geschaffenen Höhlen im Knochen zum raschen und womöglich eiterungslosen Verschlusse bringen soll. Seine Erfolge waren ganz ausgezeichnete, wenn es auch hier nicht näher erörtert werden soll, ob diese Erfolge mehr seiner besonders exakten Operationsweise als der „Knochenplombe" zuzuschreiben waren.

Ihn näher bei der Arbeit beobachten zu können, hatte ich im serbisch-bulgarischen Kriege Gelegenheit, wo wir beide an der Spitze österreichischer Missionen nebeneinander tätig waren. Er hatte schon die Erfahrungen des Feldzuges im Jahre 1866 sowie im deutsch-französischen Kriege hinter sich, und es war für uns jüngere Chirurgen außerordentlich wertvoll, an seiner Tätigkeit uns zu bilden. Wenn wir auch in manchen Punkten in der Ausnützung unserer Erfahrungen differierten, so bleibt uns doch das Vorbild, das er uns gegeben hat, unvergeßlich. Mosetig hat später sowohl in Vorträgen, die er in Wien gehalten hat, als auch in seinem Buche über Kriegschirurgie in lehrreichster Weise seinen Standpunkt in den wichtigsten Fragen zu vertreten verstanden. Mosetig war aus der anatomischen Chirurgenschule hervorgegangen und mußte sich erst durch unermüdliche Fortbildung in den Geist der neuen Zeit hineinarbeiten. Es ist ihm dies in vortrefflichster Weise gelungen, so daß er bis zu den letzten Tagen als einer der berufensten Bildner des ärztlichen, insbesondere des chirurgischen Nachwuchses bezeichnet werden konnte. Was aber besonders hervorgehoben werden soll, war der Umstand, daß die jungen Ärzte von ihm nicht nur Chirurgie lernen konnten, sondern auch in ihm ein Vorbild als Mensch und humaner Arzt hatten, wie es nicht leicht besser gewünscht werden kann.

Es wäre somit, wenn sich das tragische Ende des Mannes bewahrheiten sollte, sein Verlust doppelt schmerzlich."

Kaiserlicher Rat Dr. Heinrich Charas, Chefarzt der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft, charakterisierte den Verstorbenen in folgender Weise:

Mit Hofrat Professor Albert Ritter v. Mosetig-Moorhof ist ein bedeutender Chirurg, ein ausgezeichneter Lehrer und ein wahrhaft guter und menschenfreundlicher Arzt aus dem Leben geschieden. Ihm verdankt die Chirurgie die Einführung eines der besten antiseptischen Mittel, das Jodoform, welches nach und nach allgemeine Anerkennung und Verbreitung fand. Billroth erklärte in seinen Vorlesungen wiederholt das Jodoform als ein spezifisches Heilmittel für die tuberkulösen Erkrankungen der Knochen und Gelenke und hat es seinen Hörern zur konservativen Behandlung dieser Erkrankungen empfohlen. In neuerer Zeit erregte Mosetig durch seine Knochenplomben bei Karies die Aufmerksamkeit der medizinischen Welt.

Als Lehrer und Arzt erfreute sich Mosetig der unbegrenzten Verehrung und Liebe seiner Schüler und Kranken. Sein konziliantes, freundliches Wesen, seine liebevolle Art des Verkehres mit den Kranken errang ihm sofort das Vertrauen derselben und sein chirurgisches Ambulatorium im allgemeinen Krankenhause war eines der besuchtesten.

Mit der Rettungsgesellschaft stand Mosetig seit ihrer Gründung in innigstem Kontakt; bei dem kürzlich stattgehabten Jubiläum der Gesellschaft wurde er seitens des Präsidenten Baron Chlumecky als eines der ältesten Mitglieder des Aktionskomitees gefeiert. Mit Jaromir Mundy innig befreundet, stand er ihm bei der Gründung der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft treu zur Seite. Er war es, der die ersten Freiwilligen der Rettungsgesellschaft für den Rettungsdienst schulte und sie zu Samaritern heranbildete. Seine Vorträge über „Erste Hilfe" erschienen dann gesammelt in einem Büchlein, welches bereits mehrere Auflagen hatte, und welches zu den besten Lehrbüchern über erste Hilfe heute noch gezählt wird.

Die erste Sanitätsstation wurde im Hause Fleischmarkt 1, wo auch Mosetig, der Chefchirurg der Rettungsgesellschaft, wohnte. In allen schweren chirurgischen Fällen durften wir unseren geliebten Lehrer Mosetig herbeirufen, der unverdrossen jedem unserer Rufe sofort Folge leistete, die Behandlung des Falles übernahm und uns in seiner klaren und lichtvollen Weise den Fall erläuterte. So oft es ihm seine Zeit erlaubte, erschien er zu den Sitzungen des Aktionskomitees der Rettungsgesellschaft und nahm an deren Aufschwunge und Prosperieren lebhaften und freudigen Anteil.

In den letzten Jahren beteiligte sich Mosetig mit großer Liebe an den Bestrebungen zur Hebung der Krankenpflege; er hielt im Allgemeinen Krankenhause Kurse über Krankenpflege und war einer der eifrigsten Förderer des von Hofrat Mucha im Allgemeinen Krankenhause ins Leben gerufenen Krankenpflege-Instituts, sowie des von der Rettungsgesellschaft in Gründung begriffenen Krankenpflegenachweises.

Bescheiden in seinem Wesen, lebte Mosetig ungemein still und zurückgezogen und kannte nichts als seinen Beruf, den er mit seltener Pflichttreue und liebevoller Aufopferung ausübte.



Mit Mosetig verliert die medizinische Wissenschaft einen Mann, der ihr stets zur Ehre, zur Zierde und zum Ruhme gereicht hat, die leidende Menschheit einen warmherzigen, edeldenkenden ärztlichen Freund und Berater, die Rettungsgesellschaft einen ihrer opferwilligsten Mitbegründer und treuesten Mitarbeiter.

Ehre seinem Andenken!

Dr. Moritz Silbermark, Assistenzarzt an der Klinik Mosetig, gab folgende Charakteristik seines Chefs:

„Was Hofrat v. Mosetig als Mensch so hoch über den Durchschnitt erhob, nämlich sein edler Charakter, seine noble Gesinnung, das spiegelt sich in seinem Wirken als Operateur und Gelehrten wieder. Die Zartheit und Akkuratesse bei kleineren wie bei größeren Operationen wurzelte in dem ihm zur zweiten Natur gewordenen Bestreben, dem leidenden Mitmenschen nicht unnütz mehr wegzunehmen, als eben zu seiner Heilung notwendig war, nicht eine Ader mehr zu opfern, als unbedingt erforderlich erschien. Man sah deutlich immer wieder, daß ihm der Kranke nicht eine Sache, ein Fall, sondern ein leidender Mitmensch war, dem er durch seine Kunst Hilfe bringen wollte. Er operierte nicht nur mit Kopf und Messer, sondern mit dem Herzen. Wie oft kam es vor, daß er bei großen schwierigen Operationen seine freien Stunden durch nächtliche Besuche unterbrach, um nach dem Befinden des Patienten zu sehen, sie selbst zu trösten. Oft und oft beruhigte er vor der Operation den vor der Narkose zurückschreckenden Kranken mit den liebreichsten Worten, um eine Viertelstunde später tiefernst mit eiserner Hand das Messer zu führen und mit glänzender Technik die schwierigsten Operationen durchzuführen, ohne mit einer Wimper zu zucken, wenn unvermutet die allerschwersten Komplikationen sich hindernd in den Weg stellen wollten. Die Zahl der schwersten Operationen, die Mosetig in seinem Leben ausgeführt hat, dürfte zirka 30.000 erreichen.

Die Domäne seines chirurgischen Wirkens war seit jeher und blieb die Knochen- resp. Gelenkschirurgie, in der er wahrhaft bahnbrechend durch seine operative Kunst sowohl, als auch durch seine Forschungsgabe wirkte. Auch darin zeigte sich sein warmfühlendes Herz, daß er alle Fähigkeiten seines Genies darauf konzentrierte, den Leidenden die erkrankten Extremitäten zu erhalten, sie vor langjährigem Siechtum und vor Krüppelhaftigkeit zu bewahren und ihnen die Arbeitsfähigkeit wiederzugeben. Nach Tausenden zählt die Zahl derer, welchen Mosetig in seinem langen Wirken die verloren geglaubten Glieder durch seine Jodoform-Knochenplombe oder durch eine Resektion mit minutiöser Entfernung der Wucherungen gerettet hat. Ganz abgesehen davon bleibt Mosetig in den Annalen der Chirurgie unvergeßlich durch die Einführung des Jodoforms in die Wundbehandlung, wodurch der Chirurgie die Entwicklung zu der Höhe ermöglicht wurde, auf der sie sich jetzt befindet. Nach dem Listerschen Karbolspray begann mit der Einführung des Jodoforms eine neue segensreiche Epoche der Antisepsis, welche einen Vorläufer der jetzt gebräuchlichen aseptischen Behandlung reiner Wunden darstellt, während sie für verunreinigte, also infizierte Wunden noch immer zu Recht besteht.

Als Fachschriftsteller hat Mosetig vornehmlich chirurgische Themen behandelt. Zwei große Lehrbücher über Krebschirurgie und operative Technik, eine große Zahl von Abhandlungen über die mannigfachsten Gebiete der Chirurgie bleiben Beweise seiner enormen Erfahrung, seines Könnens und seiner wissenschaftlichen Höhe."

Mosetig als Arzt.

Vom Direktor des Allgemeinen Krankenhauses Hofrat Dr. Mucha.

Die Wiener medizinische Welt beklagt wieder den Verlust eines ihrer Großen. In Hofrat Albert v. Mosetig verliert unsere Klinik einen ihrer gesuchtesten Operateure, die Universität einen ihrer hervorragendsten Gelehrten. Sein Name ist weit über die Grenzen unseres Vaterlandes gedrungen und eng verknüpft mit dem Ruf der Wiener medizinischen Schule. Seine beiden großen chirurgischen Entdeckungen, die Einführung des Jodoforms in die Chirurgie und die Knochenplombe, die nach Mosetig benannt ist, haben seinem Namen zur Unsterblichkeit verholfen.

Ich hatte oft Gelegenheit, den großen Arzt zu beobachten, wenn er in Ausübung seines Berufes den Kranken Trost und Hilfe spendete, und sah, mit welcher Liebe die Patienten an ihm hingen. Er war immer bereit, den Kranken den kleinsten Wunsch zu erfüllen, und scheute weder Mühe noch Zeit, wenn es galt, ihren Schmerzen Linderung zu schaffen. Dabei war er gegen alle gleich gütig: Unterschiede kannte er bei seinen Patienten nicht, ob sie arm oder reich waren, hohe Würdenträger oder einfache Tagwerker, für ihn waren sie nur Hilfsbedürftige, denen der Arzt in gleicher Weise mit seinem Wissen zu Gebote stehen muß.

Wem es gegönnt war, dem Dahingeschiedenen persönlich näher zu stehen, seine hervorragenden menschlichen Eigenschaften, sein liebenswürdiges Wesen und seine vornehme Gesinnung zu kennen, der wird die Erschütterung der Ärzte des Wiener Allgemeinen Krankenhauses über das so plötzliche und tragische Scheiden eines ihrer führenden Geister begreifen. Der Name Mosetig bleibt im Buche der Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses mit goldenen Lettern eingetragen.

II. Referate.

Über seitliche Skoliosen bei Kindern im schulpflichtigen Alter. Von Dr. Wanowsky.

Als Material für vorstehende Arbeit dienten dem Autor 2084 Kinder in 14 Unterrichtsanstalten St. Petersburgs, und konnte Autor folgende Schlüsse ziehen:

1. Seitliche Skoliosen bei lernenden Kindern werden in 50% beobachtet, ebenso häufig bei Knaben wie bei Mädchen.

2. Ein bedeutender Teil der Kinder tritt schon teils im Anfangsstadium der Skoliose, teils mit deutlichen Zeichen von Veranlagung dazu in die Schule ein.

3. Die größte Zahl der Skoliosen fällt aufs 12.—15. Jahr, d. h. in die Periode des stärksten Wachstums.

4. Einfache linksseitige Skoliosen, sowohl totale als dorsolumbale und lumbale, sind bedeutend zahlreicher, als rechtsseitige desselben Typs. Zerviko-dorsale Skoliosen sind häufiger rechtsseitig.

5. Als Grund- und Anfangsform muß die linksseitige Skoliose angenommen werden.

6. Der Prozentsatz der kombinierten Skoliosen steigt mit dem Alter oder mit dem Übergang aus den niederen Klassen in die höheren.

7. Rechtsseitige und kombinierte Skoliosen kommen häufiger bei Mädchen als bei Knaben vor.

8. Die Mehrzahl der Schulskoliosen steht im Anfangsstadium und können sie oft von den Kindern selbst wieder zurechtgerichtet werden.

9. Die seitlichen Skoliosen bei Mädchen verschlimmern sich schneller als bei Knaben; deshalb beobachtet man bei ihnen viel häufiger mittlere und schwere Grade von Rückgratverkrümmungen.

10. In vielen Fällen entwickeln sich die Skoliosen auf rachitischem Boden, wobei eine strenge Trennung der gewöhnlichen von rachitischen nicht immer möglich ist.

11. Am meisten begünstigend für die Typhusfälle. Typus A 11 Fälle, Typus B 65 Fälle. Alle Paratyphusformen teilt Verf. in drei Gruppen nach der zeitlichen Ausdehnung des Fiebers: 1. Leichte Formen — 2 Wochen, 2. Normal — 4 Wochen, 3. schwere Form — mehr als 4 Wochen.

In leichten Fällen fing die Krankheit plötzlich an mit Schüttelfrost, manchmal Ohnmacht oder akut dyspeptischen Erscheinungen. Das Prodromalstadium bei der normalen Form dauerte 3—4 Tage und ging mit Schwäche, Apathie, Darmstörungen und Arbeitsunlust einher, von seiten des Darmkanals keine besonderen Erscheinungen während der ganzen Krankheit. Bei der schweren Form ist das Hauptzeichen das langandauernde Fieber.



Bei der leichten Form hat die Fieberkurve keinen bestimmten Typus, sie hob sich anfangs bis 39—40° und fiel unregelmäßig ab.

Bei der schweren Form war die Kurve ganz unregelmäßig und schwankte Wochen hindurch zwischen 38·5—39·5.

Rezidive wurden bei 26 Kranken, also 30·2%, beobachtet (bei Typhus abdom. 17·25%). Von diesen starb niemand, während Typhusrezidive 7·2% Sterblichkeit ergab. Die 86 Paratyphösen fieberten zusammen 1249 Tage = 14·5 Tage im Durchschnitt. Von Komplikationen waren aufzuzeichnen: Darmblutungen 4mal, Endo- und Myokarditiden 12mal, Skorbut 19mal, Nierenstörungen ohne Ödeme 11mal, Bewußtlosigkeit und Phantasieren 11mal. Todesfälle waren 4 zu verzeichnen = 4·86%. Im Vergleich mit dem Sterblichkeitsprozent bei Typhus in der Armee (15·7%) ist die Sterblichkeit bei Paratyphus nicht groß. — Die Krankenbogen, die der Arbeit beigelegt sind, zeichnen sich durch anmutende Kürze und dabei doch Klarheit aus. (Russ. Med. Rundschau Nr. 1, 1907.)

*

Ein Beitrag zur Polyzythämie bei Phosphorvergiftung. Von Med. stud. R. Silbermann.

S. behandelt die Frage der Polyzythämie bei Phosphorvergiftung auf Grund eines Materiales von 250 Krankengeschichten von Phosphorvergiftungen. Bei diesen 250 Fällen war in 118 Fällen die Blutuntersuchung durchgeführt worden, wobei die als niedrigste Zahl 4,500.000, die höchste Zahl 8,250.000 rote Blutzellen im Kubikmillimeter Blutes erwähnt wird. Ausgehend von der Annahme, daß die normale Zahl der Erythrozyten im Kubikmillimeter Blut bei Frauen mit 4,500.000, bei Männern mit 5,000.000 eingeschätzt wird, fand S. bei 59 weiblichen und 31 männlichen Individuen eine Vermehrung der normalen Zahl der roten Blutkörperchen, das ist also in 76%. Dieser Prozentsatz muß um so mehr für eine Vermehrung der roten Blutzellen sprechen, als eben ²/₃ der Fälle Frauen betrafen.

Was nun das Verhalten der weißen Blutkörperchen bei Phosphorvergiftungen anlangt, so trifft wohl Taussigs Beobachtung, daß mit der Vermehrung der roten Blutzellen eine transitorische Verminderung der weißen bei den in Genesung übergehenden Fällen, eine bleibende bei den letal endenden einhergehe, in einer großen Anzahl der Fälle zu, bei einer ebenso großen Anzahl aber nicht und ihr Verhalten ist daher jedenfalls ein verschiedenes, ihre Zahl in der weitaus großen Überzahl eine in normalen Grenzen sich bewegende. Jedenfalls werden bei den im allgemeinen gut verlaufenden Fällen die weißen Blutzellen nicht sehr alteriert.

Eine Verminderung unter 5000 fand S. nur in 13 von 118 Fällen, so daß von einer Leukopenie gewiß nicht gesprochen werden kann.

In 11 Fällen war eine Vermehrung der Zahl der weißen Blutkörperchen über 15.000, ja in einigen dieser Fälle hoch über 15.000. 9 davon verliefen wenige Tage nach der Vergiftung tödlich unter den bekannten Symptomen der Phosphorvergiftung.

Bei den meisten dieser Fälle hatte die gefundene Hyperleukozytose ihren Grund in interkurrenten Affektionen. So war es bei einem Falle ein beiderseitiger Pyosalpinx, in einem anderen eine dazu getretene Pleuropneumonie, in einem dritten Falle endlich ein Abortus incipiens, die ihrerseits zur Fiebersteigerung und so zu dieser enormen Vermehrung der weißen Blutzellen beigetragen haben dürften. Es scheint also plötzlich im Verlaufe einer Phosphorvergiftung auftretende, mit hohem Fieber einhergehende Leukozytose immer auf eine Komplikation von Seite des Respirations- oder des Genitaltraktus hinzuweisen, dann ein äußerst ungünstiges Symptom und eine äußerst infauste Prognose abzugeben, im Gegensatze zur Pneumonie, wo der Eintritt der Hyperleukozytose trotz anhaltenden Fiebers einen guten Ablauf erschließen läßt. (Prager Med. Wochenschrift Nr. 14, 1907.)

*

Stoffwechselversuche mit Visvit. Von Professor Dr. J. Nevinny. (Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Innsbruck.)

Die an Hunden bei einer fünftägigen Visvitfütterung (dreimal täglich 7 *g* = 21 *g* pro die, zu der bisherigen Nahrung) unter Beobachtung einer Vor- und Nachperiode von ebenfalls je fünf Tagen ausgeführten sorgfältigen Stoffwechseluntersuchungen ergaben, daß „eine deutliche Stickstoff- und Phosphorretention während der Visvitfütterung“ stattfand. Diese betrug bei den ersten Hunden im Durchschnitt täglich 2·382 *g* N und 0·245 *g* P, bei dem zweiten 2·686 *g* N und 0·424 *g* P, und ergibt somit, wenn man die der N-zahl entsprechende Eiweißmenge berechnet, täglich zirka 15·9 bezw. 17·9 *g* Eiweißansatz. Hieraus geht mit Evidenz hervor, daß die bei Visvitdarreichung zu beobachtende Steigerung des Körpergewichtes auf eine Vermehrung des Körpereiweißes, das heißt des lebendigen Zellprotoplasmas, nicht auf Zellbildung beruht. Aus diesem Grunde eignet sich Visvit nach Nevinny auch zu Mastkuren, wenn Ansatz von Fett vermieden werden soll. Im übrigen führt Nevinny folgende Indikationen auf: Schwächezustände, Unterernährung verschiedensten Ursprunges, Anämie, Chlorose, Rachitis, Neurasthenie, Hysterie, vorzeitiger Verfall der Körperkräfte nach fieberhaften Erkrankungen und bei nervösen und katarrhalischen Magen- und Darmstörungen, Brechdurchfälle der Kinder und Erwachsenen. Wegen der Abwesenheit der Extraktivstoffe kann das Visvit auch Gichtkranken, Diabetikern und bei Nierenaffektionen zur Hebung der Ernährungszustände gegeben werden. Dosis drei- bis sechsmal täglich ein gehäufter Teelöffel (Kinder ½) trocken oder mit etwas kaltem Wasser angerührt und mit warmer Milch, Tee, Kakao, Kaffee, Bouillon oder Wein vermischt.

III. Aufruf!

Während das Auftauchen eines kleinen Seuchenherdes, ja nur die Nachricht von der bevorstehenden Gefahr einer der gefürchteten Infektionskrankheiten, wie Typhus, Cholera, Blattern, sofort alle Gemüter erregt, zur energischen Bekämpfung derselben anspornt, sind wir gleichgültig gegen jene beiden heimischen Seuchen, die seit Jahrhunderten unsere Bevölkerung dezimieren, die besten jugendlichen Kräfte vernichten, eine große Zahl unserer schöpferischen Intelligenzen in der Blüte ihrer Schaffenskraft hinwegraffen und auf dem Wege der Vererbung die Rasse verderben: gegen die Tuberkulose und die Geschlechtskrankheiten.

Der Kampf gegen die Tuberkulose hat vor kurzem auf der ganzen Linie begonnen. Der erfolgreichen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten stellen sich aber zwei große Hindernisse in den Weg, die Unwissenheit und die falsche Scham: die Unwissenheit über die Häufigkeit und die Gefahren der Geschlechtskrankheiten, über die Wege ihrer Verbreitung, die Mittel ihrer Bekämpfung und die falsche Scham, die zur Steigerung der Unwissenheit beiträgt. Diese zwei Momente allein zu bekämpfen würde schon eine des Zusammenschlusses der besten Kräfte des Volkes würdige Aufgabe sein. Aber gleich der Bekämpfung der Tuberkulose und noch in weiterem Maße als bei dieser kann die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nicht allein auf dem Boden der Hygiene geschehen, nur durch das harmonische Zusammenwirken von hygienischen, erziehlichen und sozialen Maßnahmen kann ein Erfolg erzielt werden.

In richtiger Erkenntnis dieser Tatsachen wenden sich die Unterzeichneten an die Bevölkerung und fordern auf zur Gründung einer österreichischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, in welcher Gesellschaft alle Menschenfreunde, Männer und Frauen aller Stände, insbesondere Ärzte und Soziologen, Pädagogen und Juristen, einträchtig an dem gemeinsamen Ziele mitarbeiten sollen.

Abhaltung von Versammlungen, Veranstaltung von öffentlichen belehrenden Vorträgen aus dem Gebiete der Sexualmoral und Sexualhygiene, Verbreitung von aufklärenden populären Schriften und Flugblättern sollen der Unwissen-



heit und falschen Scham entgegentreten; öffentliche Diskussion der verschiedenen Fragen von ethischen, hygienischen, sozialen, pädagogischen Standpunkten aus soll manche noch dunkle Frage klarstellen; direkte und indirekte Beeinflussung der gesetzgebenden und Verwaltungskörper zur Abhilfe von Übelständen und Anbahnung von Reformen auf dem Gebiete der öffentlichen Fürsorge Anstoß geben.

Es ist eine der höchsten sittlichen Aufgaben, die sich die zu gründende Gesellschaft stellt; sie kann nur erreicht werden, wenn dieser Aufruf in den breitesten Schichten der Bevölkerung Widerhall findet, alle Menschenfreunde, denen die physische und moralische Gesundung des Volkes am Herzen liegt, sich um uns scharen.

Regierungsrat Dr. Hans Adler, k. k. Primararzt; Heinrich v. Angeli, Professor der k. k. Akademie der bildenden Künste; Dr. Viktor Adler; Hermann Bielohlawek, Landesausschuß; Ottilie Bondy, Präsidentin des Hausfrauenvereines; Karl Brzesowsky, k. k. Hofrat der Polizeidirektion; Dr. Siegmund Brosche, k. k. Ministerialrat; Dr. Aristides Brezina, pens. Direktor des k. k. naturhistorischen Hofmuseums; Dr. Heinrich Charas, Chefarzt der Rettungsgesellschaft; Hofrat Dr. Rudolf Chrobak, k. k. Univ.-Professor, Präsident der Gesellschaft der Ärzte; Dr. Josef Daimer, k. k. Ministerialrat; Hofrat Dr. Viktor Ebner v. Rofenstein, k. k. Univ.-Professor; Dr. Salomon Ehrmann, k. k. Univ.-Professor; Dr. Wilhelm Ellenbogen; Hofrat Dr. Friedrich Escherich, k. k. Univ.-Professor; Hofrat Dr. Siegmund Exner, k. k. Univ.-Professor; Ernestine Federn; Hofrat Dr. Hans Feigl, Vizepräsident des k. k. Landesgerichtes in Ssrafsachen; Dr. Karl Ritter v. Feistmantel, Präsident der n.-ö. Advokatenkammer; Auguste Fickert, Volksschullehrerin, Präsidentin des allg. öst. Frauenvereines; Dr. Ernst Finger, k. k. Univ.-Professor; Helene Forsmann, Präsidentin des neuen Wiener Frauenklubs; Fr. Siegmund Freud, k. k. Univ.-Professor; Dr. Friedrich Frey, Advokat; Med. Dr. Ludwig Frey; Dr. Emil Ritter v. Fürth, Gemeinderat; Nini v. Fürth; Dr. Artur Foges, Frauenarzt; Emil Gärtner, Bau-Oberkommissär; Fedor Gerenyi, Landes-Oberinspektionsrat; Leopoldine Glöckel, Industrielehrerin; Antonie Graf; Dr. S. Gross, Arzt; Dr. Otto Grosser, Privatdozent; Med. und jur. Dr. Artur Edler v. Gschmeidler, Advokat; Dr. Ed. R. v. Horowitz, k. k. Sektionschef; Dr. Bertold Hatschek, Univ.-Professor; Dr. Michael Hainisch; Marianne Hainisch, Präsidentin des Bundes österreichischer Frauenvereine; Med. Dr. Margarete Hilferding; Dr. Isidor Himmelbaur, Kustos der Univ.-Bibliothek; Dr. Karl Herzfeld, k. k. Univ.-Professor; Marietta Himmelbaur; Johann Herrdegen, Oberinspektor der Wiener Aspangbahn; Dr. Hugo Hoegel, k. k. Oberstaatsanwalt; Emil Horner, Prokurist; Med. Dr. Klara Hönigsberg; Emma Hönigsberg; Dr. Ferdinand Illing, k. k. Ministerialrat; Dr. Alois Kallina v. Urbanow, k. k. Geheimrat, k. k. Oberlandesgerichtspräsident; Dr. Alexander Kolisko, k. k. Univ.-Professor; Dr. Eduard Lang, k. k. Univ.-Professor; Marie Lang, Schriftstellerin; M. E. Delle-Grazie; Regierungsrat Dr. Johann Langer, Direktor des Wiedener Krankenhauses; Dr. Wilhelm Latzko, k. k. Primararzt; Gottlieb Lederer, Industrieller; Dr. Stephan Licht, Advokat; Dr. Wilhelm Löwy, Magistratssekretär a. D.; Med. Dr. Friederike Lubinger; Ludwig Lobmeyer, Mitglied des Herrenhauses; Elisabeth Luzzatto, Präsidentin des Frauendiskutierklub; Hofrat Dr. Ernest Ludwig, k. k. Univ.-Professor, Mitglied des Herrenhauses; Dr. Gustav Lux, k. k. Staatsanwalt; Dr. Max Freiherr v. Mayr, Vizepräsident der n.-ö. Advokatenkammer; Rosa Mayreder; Prof. Dr. Hans Horst-Meyer, Dekan der med. Fakultät der k. k. Universität Wien; Emilie Mataja; Emil Marriot, Schriftstellerin; Med. Dr. Lucie Morawitz; Hofrat Dr. Franz Mraček, k. k. Univ.-Professor; Dr. Laurenz Müllner, k. k. Univ.-Professor; Hofrat Dr. Viktor Mucha, Direktor des k. k. Allgemeinen Krankenhauses; Dr. August Netolitzky, k. k. Statthaltereirat; Emil v. Neumann, Eisenwerkbesitzer; Dr. Karl v. Noorden, k. k. Univ.-Professor; Dr. Karl Nussko, k. u. k. Generalstabsarzt; Dr. Julius Ofner, Advokat; Hofrat Dr. Johann Oser, k. k. Univ.-Professor; Markgraf Alexander Pallavicini, Geheimer Rat; Dr. Heinrich Paschkis, k. k. Univ.-Professor; Maximilian Paul-Schiff, Industrieller; Engelbert Pernerstorfer; Isidor Popper, Vizepräsident des Kaufmänn. Vereines; Dr. Robert Freiherr v. Pfungen, k. k. Primarius; Dr. Artur Schattenfroh, k. k. Univ.-Professor; Dr. Rudolf Schandorfer, Landesgerichtsrat; Hofrat Dr. Friedrich Schauta, k. k. Univ.-Professor; Dr. Eduard Schiff, k. k. Univ.-Professor; Hofrat Theol. Dr. Franz Martin Schindler, k. k. Univ.-Professor, k. k. Hofkaplan; Therese Schlesinger-Eckstein; Hofrat Dr. Isidor Schnabel, k. k. Univ.-Professor; Dr. Julius Schnitzler, Primararzt; Dr. Eugen v. Philippovich, k. k. Hofrat und Univ.-Professor; Hofrat Dr. Leopold Schrötter v. Kristelli, k. k. Univ.-Professor; Marianne Schrutka v. Rechtenstamm; Leopold Steiner, Landesausschuß; Maria Stona, Schriftstellerin; Dr. Maximilian Sternberg, k. k. Univ.-Professor; Hertha v. Sprung, Inspektionskommissärin für weibliche Arbeits- und Gewerbeschulen; Dr. Julius Tandler, k. k. Univ.-Prof; Dr. Ludwig Teleky; Hofrat Dr. Karl Toldt, k. k. Univ.-Professor, Mitglied des Herrenhauses; Dr. Josef Ritter v. Uriel, k. u. k. General-Oberstabsarzt; Dr. Paul v. Vittorelli, Präsident des k. k. Landesgerichtes in Strafsachen; Dr. Josef Wach, k. k. Oberlandesgerichtsrat; Hofrat Dr. Julius Wagner Ritter v. Jauregg, k. k. Univ.-Professor; Hofrat Dr. Anton Weichselbaum, k. k. Univ.-Professor; Karl Ritter v. Wessely, k. k. Baurat; Eduard Wiener, Kommerzialrat; Dr. Sigismund Wolf-Eppinger, Advokat; Friederike Zeileis, Präsidentin des „Settlement"; Robert Scholze, Direktor der Wiener Bezirkskrankenkasse; Dr. Maximilian Edler v. Zeissl, k. k. Univ.-Professor; Dr. Adolf Zemann, k. k. Prosektor.

Beitrittserklärungen sind zu richten an Herrn Professor Ernst Finger, I., Spiegelgasse Nr. 10, oder an Herrn Dr. Friedrich Frey, I., Helferstorferstraße Nr. 3.

IV. Literatur.

Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. Herausgegeben von Prof. J. Schwalbe. Zweiter Halbband. Leipzig. Verlag von Georg Thieme, 1907.

Das nunmehr abgeschlossene Werk füllt eine empfindliche Lücke in der medizinischen Literatur aus: Die Technik der therapeutischen Eingriffe, sämtliche für den praktischen Arzt in Betracht kommenden Gebiete wird von namhaften Autoritäten in klarer und eingehender Form vorgeführt.

Der zweite Halbband enthält:

1. Die Technik der Ohrenheilkunde. Von Liebermann.

2. Die Technik der Nasenheilkunde, der Rachenheilkunde, der Behandlung von Kehlkopf. Trachea und Bronchien. Von Friedrich.

Eingehende Würdigung findet die Inhalationstherapie und die modernen Inhalationsapparate.

3. Die Technik der Pleurabehandlung. Von Hoppe Seyler. Ausführliche Besprechung der Punktionstechnik, der Thorakotomie und der Pneumotomie, der mechanischen Behandlung und der Atmungsgymnastik. Zum Schlusse wird der Wert der Pneumatotherapie statisch beleuchtet.

4. Sehr instruktiv ist die Technik der Herzbehandlung von Schwalbe geschildert.

5. Die Technik der Ösophagus, der Magen- und der Darmbehandlung hat in Adolf Schmidt, Dresden, einen ausgezeichneten Bearbeiter gefunden.

6. Die Aufgabe, die Technik der chirurgischen Behandlung des Darmes und des Abdomens auf beschränktem Raume darzustellen, hat Czerny in glänzender Weise gelöst.

7. Englisch, Wien, hat die Technik der Behandlung der Harnorgane und der männlichen Genitalorgane,

8. Fritsch, Bonn, die der weiblichen Genitalorgane übernommen. Daß Fritsch auch die Verhütung der Schwangerschaft eingehend bespricht, muß man rühmend hervorheben, zumal in den meisten Lehrbüchern dieser im praktischen Leben eminent wichtigen Frage nur wenig Beachtung geschenkt wird.

Das Buch schließt mit der Technik der Behandlung der Nervenkrankheiten und der Psychotherapie von Strümpell und Müller. Daß die Psychotherapie in dem Handbuch der Technik Aufnahme fand, spricht am besten dafür, wie sehr der Herausgeber bestrebt war, den modernen Richtungen in der Medizin Rechnung zu tragen.

Das Buch, das auch bezüglich der äußeren Ausstattung nichts zu wünschen übrig läßt, kann den praktischen Ärzten und den Studierenden auf wärmste empfohlen werden. K.

V. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 12. April 1907.

Ferdinand Alt zeigt einen Fall von otitischem Schläfelappenabszeß mit Ausgang in Heilung. Erkrankung Jänner 1907 an Influenza und rechtsseitiger akuter Mittelohreiterung, die bis auf Otorrhoe gut wurde. Nach Wochen wurde Patientin mit der Diagnose Meningitis in das Krankenhaus Wieden eingeliefert. Die Kranke klagte über heftige Kopfschmerzen, war etwas benommen, es bestand leichte Nackensteifigkeit, die Temperatur war 39 bis 39·8°, Puls 84. Rechts war profuse Otorrhoe vorhanden, das entzündete Trommelfell war hinten unten perforiert, der Warzenfortsatz war aufgetrieben und sehr druckempfindlich. Das linke Ohr war normal. Rechts wurde Flüstersprache auf 1 *m* gehört, der Webersche Versuch wurde nach rechts lateralisiert, der Rinnesche Versuch war rechts negativ, mit verlängerter Knochenleitung, es wurden hohe Töne besser gehört als tiefe. Trepanation des rechten Warzenfortsatzes. Es entleerte sich sehr putrider Eiter, die Zellen im ganzen vertikalen Teile des Warzenfortsatzes waren erkrankt, die Spitze mußte entfernt werden, im Antrum waren schlaffe Granulationen. Acht Tage später trat Temperatursteigerung bis 39·6° auf, leichte Nackensteifigkeit, Fazialislähmung links, der Augenhintergrund links normal, rechts erweiterte, geschlängelte Gefäße, der temporale Anteil der Papille verwaschen. Die wenigen objektiven Symptome sprachen zweifellos für eine intrakranielle Komplikation und die linksseitige Fazialislähmung ließ bei rechtsseitiger Otitis an eine Erkrankung des rechten Schläfelappens denken. Operation (Schilderung derselben). Im Schläfelappen, etwa $1^1/_2$ *cm* tief, fand sich ein Abszeß, der sicherlich mehr als kleinapfelgroß war. Durch $3^1/_2$ Wochen wurde die Abszeßhöhle, die immer weniger sezernierte, drainiert. Gegenwärtig besteht nur noch eine kleine granulierende Wundhöhle im Knochen, die in einer Woche vollkommen geschlossen sein dürfte.

Emil Glas stellt einen Fall vor, bei dem ein Rhinolith entfernt wurde, der unterhalb der unteren Muschel gesessen war und sich als Eckzahn erwies. Nach einer Pleuropneumonie konstatierte Patient (Oktober v. J.) übelriechendes Aufstoßen, das häufig mit Erbrechen von fötiden Massen gefolgt war. Der Magenbefund ergab negativen Befund. Da die Vermutung geäußert wurde, es könnte sich eventuell um verschlucktes Sputum handeln, wurde der Patient der Klinik Chiari rhinologischer Untersuchung zugewiesen. Die Rhinoskopie ergab nun folgenden interessanten Befund: Unter der unteren Nasenmuschel, zum Teile auch zwischen mittlerer Muschel und Septum hinten (Fissura olfactoria) fanden sich jauchig zersetzte, übel riechende, leicht zerreißliche bröckelige Massen, welche auch per rhinoscopiam posteriorem choanalwärts zu sehen waren. Dieser Befund kommt bei folgenden Prozessen vor: 1. Bei Fremdkörpern, die lange endonasal lagerten. 2. Bei jauchig zerfallenden malignen Nasentumoren. 3. Bei durchbrechenden sequestrierenden Anthritiden. Hier war mit Rücksicht auf die völlige Symptomenlosigkeit von seiten der Nase der erste Prozeß a priori am wahrscheinlichsten. Tatsächlich wurde ein Rhinolith entfernt, der unterhalb der unteren Muschel gesessen war und sich nach längerer Reinigung als Eckzahn erwies, der dem Patienten wirklich fehlt. Es handelt sich um einen sogenannten invertierten, um 180° gedrehten, in die Nase gewachsenen Zahn, welcher dann gelockert und bei seiner Wanderung unter den hinteren Teil der unteren Muschel zu liegen kam, wo er zur Rhinolithenbildung Anlaß gab. Der Fall erscheint nach zwei Gesichtspunkten interessant: 1. Als anatomische Merkwürdigkeit, welche außerordentlich selten ist. 2. Weil diese Anomalie dem Patienten jahrelang keine Beschwerden verursachte, um schließlich nach Zersetzung der den Rhinolithen umgebenden Massen eine schwere innere Erkrankung vorzutäuschen.

Anschließend demonstriert Glas einige extrahierte Rhinolithen mit verschiedenen Kernen. Weiters mehrere anatomische Präparate, darunter invertierte Eckzähne, einen in die linke Nasenhöhle ragenden rudimentären zentralen Inzisivus der rechten Seite und einen frontal gestellten, im unteren Nasengang steckenden Bikuspis der linken Seite.

Leopold Freund stellt ein Mädchen vor, das er wegen Lupus vulgaris exulcerans der Nasenspitze, beider Nasenflügel und der Nasenschleimhaut mittels Röntgenstrahlen behandelt hatte. (Innerhalb zweier Monate im ganzen zwölf Sitzungen. Vier Monate später, mehr aus prophylaktischen Gründen, noch sechs Sitzungen.) Der kosmetische Erfolg ist ein sehr guter.

Ludwig Moszkowicz demonstriert einen siebenjährigen Knaben, der infolge von Lähmungen an den unteren Extremitäten weder gehen noch stehen konnte und sich wie ein Vierfüßler fortbewegte. Es wurde das rechte Bein durch Arthrodese des Kniegelenkes und des Hüftgelenkes, ferner Sehnenverkürzung an den Muskeln des Fußes in einen brauchbaren Stelzfuß verwandelt. Doch da die Extensoren des Hüftgelenkes, die Glutaei maximi, fehlten, konnte das Kind noch immer nicht stehen. Es wurde nun links der Glutaeus maximus durch die Beuger des Kniegelenkes in der Weise ersetzt, daß der Ansatzpunkt dieser Muskeln (Semitendinosus, Semimembranosus, Bizeps) vom Tuber ischii auf das Darmbein verlegt wurde. Seitdem kann das Kind mit zwei Stöcken gehen und kann auch frei stehen. *i. m.*

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 14. März 1907.

Karl Hochsinger zeigt ein 13 Monate altes Kind mit Hodentuberkulose. Im vierten Lebensmonate bemerkte die Mutter eine den rechten Hoden betreffende Geschwulst, welche ziemlich rasch anwuchs, nach vier Wochen aber stationär blieb, um erst seit einem Monate wieder an Größe zuzunehmen. Der rechte Testikel ist zu einer pflaumengroßen Geschwulst umgewandelt, welche bei Druck nicht schmerzhaft und nirgends mit der Haut verwachsen ist. In differentialdiagnostischer Hinsicht kommen hier drei Krankheitsprozesse in Betracht, das Sarkom, die Syphilis und die Tuberkulose. Der langsame, schmerzlose Verlauf, die höckerige Verdickung der Epididymis und namentlich die Infiltration des Samenstranges sprechen unbedingt für Tuberkulose. Die Konfiguration der Hodengeschwulst selbst könnte die Diagnose des Sarkoms wohl nahe legen. Angesichts der Infiltration des Samenstranges muß aber diese Diagnose fallen gelassen werden. Gegen hereditäre Syphilis sprechen, abgesehen von dem langsamen Wachstum, die bedeutende Größe und die Erweichung der Geschwulst an ihrem unteren Pol. Auch sind bei heredo-syphilitischer Orchitis immer beide Testikel gleichzeitig erkrankt, gleichmäßig hart und kaum



jemals größer als kleinwalnußgroß. Die Nebenhoden und Vasa deferentia bleiben immer frei. Übrigens ist auch sonst keine Spur von Syphilis bei diesem Kinde aufzufinden. In therapeutischer Hinsicht kommt die Kastration als allein zuverlässiges Heilmittel in Frage; die Chancen sind im frühen Kindesalter viel günstiger als im späteren Lebensalter, weil hier die tuberkulöse Hodenerkrankung in der Regel eine vollständig isolierte Manifestation der Tuberkulose ist und bleibt.

Norbert Swoboda hat zwei Fälle von Hodentuberkulose im Säuglingsalter gesehen. In einem Falle trat Vereiterung des verkästen Testikels ein, welche sehr rasch zu definitiver Heilung führte.

Paul Moser demonstriert die anatomischen Präparate zweier Fälle von diffuser Hirnsklerose. In beiden Fällen begann das allmähliche Erlöschen der geistigen Funktionen früher als die Störungen der Motilität. Erst nach Verlauf von Monaten traten eine auffallende Müdigkeit und Steifheit in den Bewegungen ein, die schließlich dazu führte, daß fast jedes koordinierte Muskelspiel unterblieb oder mit Schmerzen verbunden war. Diese Rigidität steigerte sich schließlich zu einem rein spastischen Zustand der gesamten Körper- und Extremitätenmuskulatur. Das auffallendste war jedoch vom Anbeginn der klinischen Beobachtung die fortschreitende Abnahme in der psychischen Sphäre. Die schleppende Sprache verkümmerte immer mehr, um schließlich in unverständliches Lallen überzugehen. Teilnahmslos, oft scheinbar aller Sinnesfunktionen beraubt, standen oder saßen die Kinder da, selten mit der Außenwelt durch irgend ein Zeichen der Mimik oder ihres geringen Wortschatzes sich in Verbindung setzend, schwer auch auf Impulse von außen reagierend. Der eigentümliche starre Gesichtsausdruck verblödete immer mehr, zum Schlusse boten die Kinder das Bild der Idiotie dar. In beiden Fällen wurden bei der Obduktion eine diffuse Hirnsklerose der hinteren Hälfte beider Großhirnhemisphären und Sklerose der Seitenstränge des Rückenmarkes konstatiert.

Karl Zuppinger stellt einen 12jährigen Knaben vor, der seit zirka 8 Jahren an einem chronischen und sekundären Gelenkrheumatismus leidet. Im Jahre 1899 Beginn eines typischen akuten Gelenkrheumatismus, der beide Knie- und Sprunggelenke betraf. Nach vorübergehender Besserung rezidivierte der Zustand, so daß sich der Knabe durch Jahre fast gar nicht mehr rühren, nicht einmal umdrehen konnte, das Kinn war fest auf der Brust fixiert, der Mund konnte kaum so weit geöffnet werden, daß flüssige Nahrung aufgenommen werden konnte. Später besserte sich der Zustand, trotzdem blieb die Halswirbelsäule fast unbeweglich und der Kopf fast vollständig in leichter Beugestellung fixiert. Seit 3 Wochen wird der kleine Patient mit Fibrolysininjektionen behandelt und ist der Erfolg ein insofern ermunternder, als der Kranke den Kopf bewegen und den Mund bereits öffnen kann, was in Anbetracht des langen Stationärbleibens der Bewegungseinschränkung für die fibrolytische Wirkung des Fibrolysins spricht.

Rudolf Neurath demonstriert einen $4^1/_2$ Jahre alten Knaben mit chronischem Gelenkrheumatismus, bei dem die sonst bei der chronischen Arthritis der Kinder häufige Mitbeteiligung der Wirbel- und Kiefergelenke nicht besteht. Auffallend ist die abnorme Größe des Kindes, denn bei länger bestehender chronischer Arthritis, wie im eben vorgestellten Falle Zuppingers.

Weiters zeigt Neurath Photographien und Präparate eines mikroskopischen Gehirns, von einem zeitlebens an tonischen Krämpfen leidenden zweijährigen Idioten stammend.

Josef Karl Friedjung demonstriert ein 3 Monate altes Mädchen mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines angeborenen Myxödems ohne Myxödem. Das Kind ist stark atrophisch und wiegt 2570 *g*. Wiederholte Temperaturmessungen in ano ergaben kein Resultat, also weniger als 35·2°; ebenso sollen die Arme und Beine schon seit jeher krampfhaft angezogen gehalten werden, beim Schreien soll an beiden Halsseiten eine Geschwulst sichtbar werden. Das Kind schreit beim Entblößen mit rauher, häßlicher Stimme, wie wir sie beim Myxödem zu hören gewohnt sind. Das Gesicht zeigt unverkennbar denselben Typus: Die häßlich gerunzelte Stirn, die Haare tief hereinreichend, die kleinen Augenspalten, die nach vorn gerichteten Nasenöffnungen, den großen Mund, aus dem eine übergroße Zunge herausragt. Über beiden Claviculae bläht sich beim Schreien bei jedem Exspirium eine haselnußgroße Geschwulst, die im Inspirium wieder zurücktritt. Der Schall über ihr leer, sie fühlt sich polsterartig, vielleicht etwas körnig an. Eine Kompression oberhalb der Geschwulst ändert an ihrer Konfiguration nichts. Bauch groß, Nabelhernie. Thyreoidea nicht sicher zu fühlen. Innere Organe ohne abnormen Befund. Arme und Beine Beugekontraktur. Nach alledem scheint es sich um ein angeborenes Myxödem ohne Myxödem zu handeln, wenn nicht eine mäßige Verdickung der Augenlider und die Haut über jener symmetrischen Geschwulst etwas myxödematöses Gewebe enthalten. Die Einleitung der spezifischen Therapie wird wohl die Zweifel lösen.

Leiner hält den Fall für ein kongenitales Myxödem. Daß bei diesem Fall das eigentliche Myxödem noch wenig ausgeprägt ist, ist vielleicht damit zu erklären, daß das Kind noch sehr jung und Brustkind ist, also möglicherweise mütterliches Schilddrüsensekret durch die Milch zugeführt erhält.

Friedjung erwidert, daß gegen Myxödem namentlich die Hypertonie der Muskulatur spricht, wo doch bei Myxödem, wie namentlich Hochsinger betont, eine Hypotonie die Norm ist. Dennoch sei er ja der gleichen Meinung wie Leiner.

Swoboda demonstriert einen Fall von Urticaria pigmentosa bei einem 5jährigen Mädchen. Der Körper ist übersät von zahlreichen bis kronenstückgroßen, kaffeebraunen Flecken, deren Oberfläche teils glatt, teils feinwarzig ist. Beginn der Erkrankung im ersten Halbjahre mit Urtikariaquaddeln, nach welchen die braunen Flecke zurückblieben. Juckreiz besteht beständig, die Flecke verwandeln sich oft spontan, immer aber nach mechanischer Reizung in typische Urtikariaquaddeln.

Swoboda demonstriert weiter einen Fall mit zahlreichen Pigmentflecken, wahrscheinlich nach Lichen scrophulosorum, welcher ein der Urticaria pigmentosa sehr ähnliches Bild zeigt. Die Gegenüberstellung dieser Fälle ist deswegen interessant, weil viele Fälle fälschlich als Urticaria pigmentosa beschrieben wurden, welche mit dieser Krankheit nur die viele Jahre lang bestehenden Pigmentflecken gemeinsam haben.

Max Schwamm demonstriert einen Fall von Phokomelie. Dem Vorderarm sitzt eine verkümmerte Hand auf, an welcher eine Anlage von Fingern nachweisbar ist.

Julius Zappert hat in einem Fall von beiderseitiger Phokomelie das Rückenmark untersucht und Hydromyelie gefunden.

Friedjung spricht über den Einfluß der Säuglingsernährung auf die körperliche Rüstigkeit des Erwachsenen. Vortragender hat ein wenn auch kleines Material, das ihm einige Aufschlüsse versprach, für diesen Zweck benützt. Ein Verband von Arbeiter-Turnvereinen mit einer ökonomisch ziemlich gleichartigen Turnerschaft hält alle Jahre eine Leistungsprüfung ab, bei der alle Turner dieselben 18 Übungen vor einem Richterkollegium auszuführen haben. Diese individuellen, nach Turnerart mit Punkten klassifizierten Leistungen verglich nun Friedjung mit den unter den denkbar besten Kautelen gesammelten Angaben über die Ernährung der Turner im Säuglingsalter. Die Umfrage erstreckte sich im ganzen auf 155 Turner; von diesen waren 100 an der Brust, 1 mit Zwiemilch, 13 mit der Flasche ernährt worden, 41 konnten keine verläßliche Angabe machen. Es waren also insgesamt mindestens 64·5% Brustkinder mit 731 Stillmonaten, so daß auf einen mit Benützung der Mittelzahl sechs Monate entfallen. Die turnerischen Leistungen bewegten sich zwischen 49 und 1 Punkte. Friedjung teilte sie in drei Gruppen: Die besten Turner mit 30—49 Punkten, mittelmäßige mit 15—$29^1/_2$ und schlechte mit 1—$14^1/_2$ Punkten. Da ergab sich, daß von den 33 „guten" Turnern 24, das heißt 72%, Brustkinder waren



mit der Mittelzahl von 9—10 Stillmonaten, die 66 „mittelmäßigen“ stellten 44, das sind 66% Brustkinder mit je 3 Stillmonaten, die „schlechten“ 56 wiesen 32, das sind 57%, Brustkinder auf mit je 3 Stillmonaten. Den besseren turnerischen Leistungen entsprachen also mehr und ausgiebiger gestillte Brustkinder, ja unter den 11 besten Turnern waren 10, unter den 11 schlechtesten nur 5 Brustkinder. Friedjung betont die geringe Beweiskraft seiner kleinen Zahlen und erörtert die vielen berechtigten Einwände gegen sein Material.

Theodor Escherich anerkennt den Nutzen statistischer Forschungen im Sinne des Vortragenden, weist aber nachdrücklich auf den zweifelhaften Wert anamnestischer Daten bezüglich gewisser Einzelheiten über die eigene Kindheit der Individuen hin.

Zappert ist überrascht über die geringe Anzahl der mit Zwiemilch genährten Kinder, da nach seinen Erfahrungen, dies die häufigste Ernährungsart in der hiesigen Bevölkerung zu sein scheint.

Neurath und Karl Pernicich weisen auf die zahlreichen Fehlerquellen hin, die bei diesen Erhebungen mit unterlaufen müssen und die das Resultat beeinflussen.

Friedjung betont im Schlußworte, daß er seine Erhebungen in ihrem Exaktheitswerte durchaus nicht überschätzen möchte und habe er sich ja die meisten der erhobenen Einwände schon selbst gemacht. Immerhin können seine Zahlen dem Freunde der natürlichen Ernährung nur Freude bereiten und wirksame Waffen für seine Agitation liefern.

i. m.

VI. Aus der Praxis.

Neuere Beiträge zur Prävalidinbehandlung. Von Doktor Robert Braun (Wien). (Österreichische Ärzte-Zeitung 1905, Nr. 14.)

Da die innerliche Darreichung des Kampfers schwere Störungen des Magen-Darmkanals bei länger fortgesetztem Gebrauche erzeugen kann und auch die Anwendung per klysma auf unüberwindliche Schwierigkeiten wegen Mastdarmreizung stößt und die Injektionen für Arzt und Patienten sehr zeitraubend sind, so wurde von Koch die perkutane Anwendung zunächst bei seinen Versuchen ins Auge gefaßt, und es gelang ihm, in dem in oben erwähnter Fabrik hergestellten Perticulan eine Salbengrundlage zu finden, der er den Kampfer einverleibte. Dieses Präparat wurde von ihm mit dem Namen „Prävalidin“ bezeichnet und ausgedehnten Versuchen unterzogen. Späterhin wurden seine Angaben wiederholt nachgeprüft, und von verschiedenen Autoren bestätigt, so von Schuppenhauer in dem „Allgemeinen medizinischen Zentralblatt“ 1905, Nr. 6. der besonders bei akuter und chronischer Bronchitis, sowie bei Emphysem und Bronchitis geradezu ausgezeichnete Erfolge erzielen konnte; weitere günstige Berichte wurden schon vorher von Walser in München (Medico Nr. 24) abgegeben.

Die Versuche des Autors erstrecken sich auf mehrere Gruppen. 15 davon waren Tuberkulosen der Lunge in den verschiedensten Stadien, sowohl beginnende, als Spitzeninfiltrationen zu bezeichnende Erkrankungen, als auch schwerste Formen, die sich kurze Zeit vor dem Exitus letalis befunden. Autor hat speziell bei so schweren Kranken nicht ohne Absicht die Prävalidinbehandlung durchgeprüft, um zu zeigen, daß wir auch in Fällen, die als verloren gelten, die Hände nicht müßig in den Schoß legen dürfen; denn wenn wir bei solchen Patienten, die unter so unangenehmen und quälenden Symptomen zu leiden haben, durch eine bequeme Methode, die weder den Magen noch auch den Kranken in irgend welcher anderen Art belästigt, diese Qual wenigstens teilweise lindern können, so müssen wir an einer solchen Methode nicht geringschätzend vorübergehen; daß dies auch wirklich bei der perkutanen Anwendung des Kampfers der Fall ist, geht aus den von ihm durchgeführten Versuchen hervor und bietet nur eine Bestätigung dessen, was Alexander und später Koch in ihren Publikationen erwähnt haben, daß die mit den Einspritzungen und die mit den Einreibungen des Prävalidin behandelten Kranken den Eintritt eines angenehmen Schlafes sowie des bis dahin ganz darniederliegenden Appetits rühmten, daß die bis dahin bestandenen hohen Temparaturen rasch abfielen, der Husten und die Expektoration leichter wurden.

Die übrigen Fälle teilen sich in akute und chronische Formen der Bronchitis, bei denen sich auch mancherlei Komplikationen wie Emphysem, Asthma, Bronchiektasien und putride Beschaffenheit des Sputums bemerkbar machten, und bei welchem mehr oder weniger sich die günstige Beeinflussung durch das Prävalidin zeigte.

Da außerdem Kampfer, wie ja allgemein bekannt, eine auf das Herz wirkende, exkotierende Komponente zukommt, so ist das Prävalidin auch in jenen Fällen von großem Vorteil, wo wir gleichzeitig auch diese Wirkung gerne sehen möchten, und würde diesbezüglich der Vorschlag nicht zu vernachlässigen sein, bei Pneumonie katarrhalischer und kroupöser Natur gleich von Anbeginn der Erkrankung die Prävalidineinreibungen anzuordnen, da wir so ohne Belästigung des Magen-Darmkanales eine Einwirkung auf das Herz erzielen können.

VII. Notizen.

Zentenarfeier des Wiener Operateur-Institutes. Zur bleibenden Erinnerung an die im März veranstaltete Zentenarfeier des Wiener Operateur-Institutes sind alle aus diesem Anlasse erfolgten Publikationen in Buchform zusammengefaßt erschienen. Verlag von Wilh. Braumüller in Wien.) Es sind darin enthalten nebst den Porträts von Vinzenz von Kern und Lord Lister die Reproduktion eines Operateur-Diplomes aus dem Jahre 1819, die Darstellung der Geschichte des Institutes von den Professoren v. Eiselsberg und Hochenegg, „Erinnerungen“ von Professor v. Winiwarter, Lüttich, die Ansprache des Präsidenten der Gesellschaft der Ärzte Hofrat Chrobak und die Festrede von Prof. Alex. Fraenkel. Zum Schlusse findet sich das von den DDrs. Julius Richter und Günther Freiherr v. Saar zusammengestellte Verzeichnis der Vorstände, Assistenten und Zöglinge des Institutes.

Die Lebensdauer von Sportsleuten. Der Leiter der Turnanstalt der Yale-Universität in Amerika hat, einer Korrespondenz des Lancet zufolge, über den Gesundheitszustand und die Lebensdauer derjenigen Leute, die während ihrer Studienzeit in hervorragender Weise dem Sport gehuldigt haben, statistische Erhebungen angestellt. In den Jahren 1855 bis 1905 haben 807 junge Männer der Yale-Universität in den verschiedenen Zweigen des Sportes eine hohe Stufe der Meisterschaft erreicht. Von diesen sind 58 gestorben, und zwar war die Sterblichkeit unter denjenigen Leuten am größten, welche sich als Studenten dem Fußballsport gewidmet hatten. Ein Vergleich der Sterblichkeit unter diesen Sportsleuten mit der Durchschnittssterblichkeit des Landes ergibt, daß jene eine auffallend lange Lebensdauer haben. Von den 58 Verstorbenen waren 4 an Herzkrankheiten, 6 an Lungenentzündung, 5 an typhösem Fieber und 2 an typhusartiger Lungenentzündung zugrunde gegangen, 9 starben eines gewaltsamen Todes und einer erlag den Folgen von Ausschweifungen. Am meisten scheinen das Herz und die Lungen durch sportliche Anstrengung gefährdet zu werden.

VIII. Bibliographie.

Die Schönheitspflege für Ärzte und gebildete Laien. Von Dr. Orlowski, Spezialarzt in Berlin. Würzburg, A. Stubers Verlag (Curt Kabitzsch) 1907. Mk. 1.80.

Leitfaden für Desinfektoren. Von Prof. Dr. G. Sobernheim, Halle a. S. Verlag von C. Marhold, Halle a. S. 1907.

Der Gummidruck und seine Verwendbarkeit als künstlerisches Ausdrucksmittel in der Photographie. Von Th. Hofmeister, Hamburg. Zweite umgearb. Auflage, 1907. Wilhelm Knapp, Halle a. S. Mk. 2.

IX. Eingesendet.

Kundmachung. Aus dem Erträgnisse der Stiftung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums zur Erinnerung an seine im Jahre 1866 stattgehabte ärztliche und anderweitige Hilfeleistung für die Verwundeten der k. k. Armee sind zwei bedürftige Individuen, welche während des Kriegsjahres 1866 in der k. k. österreichischen Armee dienten und durch Verwundung oder andere Unglücksfälle während des Feldzuges invalid geworden sind, mit je K 130 zu beteilen. Ärztliche Individuen, welche obigen Bedingungen entsprechen, haben besonders, wenn sie erwerbsunfähig sind, den Vorzug. Diesfällige Bewerber haben die mit einem legalen



Armutszeugnisse und dem durch ihre vorgesetzte Militärbehörde bestätigten Nachweise ihres invaliden Zustandes belegten ungestempelten Gesuche im Wege der betreffenden k. k. Militärkommanden oder der Ortsbehörden bis längstens 30. Mai d. J. an die Kanzlei des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums, I., Rotenturmstraße 19, franko zu überreichen. Alle im Privatwege oder nach dem 30. Mai einlangenden Gesuche können nicht berücksichtigt werden.

Kundmachung. Aus dem Erträgnisse der Dr. Gustav Lorenz Leitnerschen Stiftung kommt im Jahre 1907 ein Betrag von K 200 an ein hilfsbedürftiges Mitglied des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums zur Verleihung. Bewerber um diese Stiftung haben ihre mit dem Nachweise der Hilfsbedürftigkeit belegten Gesuche bis längstens 30. Mai 1907 beim Wiener medizinischen Doktorenkollegium, I., Rotenturmstraße 19 (van Swietenhof), zu überreichen.

Vom Wiener medizinischen Doktorenkollegium.

Über innere Behandlung der Gonorrhoe. Von Doktor A. Stephan Kallay. (Deutsche Medizinal-Zeitung 1907, Nr. 1.

Die guten Erfolge, welche Lienhart, Leubuscher, Posner, Bloch und andere bei der Behandlung der Gonorrhoe mit dem ostindischen Sandelöl erzielt haben, veranlaßten viele Kliniker dieses Öl bei der Gonorrhoe in Anwendung zu bringen. Ohne Zweifel beeinflußt das Sandelöl den Verlauf dieser so ungemein verbreiteten Krankheit in günstiger Weise, doch machen sich leider beim Gebrauch dieses Mittels sehr unangenehme Nebenwirkungen bemerkbar, so Aufstoßen und Erbrechen, Magen-Darmkatarrh oder gar Nierenreizung mit Albuminurie. Das Bestreben, diese nicht gleichgültigen Begleiterscheinungen zu eliminieren, war daher völlig berechtigt. Ein Mittel nun, welches frei von diesen üblen Nebenerscheinungen ist, dabei aber eine größere therapeutische Wirksamkeit entfaltet als das Sandelöl für sich allein, ist das von der chemischen Fabrik J. D. Riedel A.-G. in Berlin hergestellte Gonosan.

Dieses Präparat hat den theoretischen Voraussetzungen in der Praxis vollauf entsprochen.

Nach den Worten A. Rahns ist die Gonosanliteratur innerhalb weniger Jahre im In- und Auslande schnell und ganz bedeutsam gewachsen und zwar mit einer Übereinstimmung der Urteile, wie sie selten bei einem neu erschienenen Mittel zu finden ist.

Die Arbeit von Runge aus der Bummschen Klinik hat auch den Autor veranlaßt, das Gonosan beim Frauentripper anzuwenden und zwar auf der Budapester Poliklinik.

Im allgemeinen wurde das Gonosan von den Frauen gut vertragen.

Die Erfahrungen mit Gonosan berechtigen den Autor nach allem zu dem Schlusse, daß das Gonosan auch bei der Behandlung der Frauengonorrhoe eine wichtige Rolle spielt, indem es infolge seiner anästhesierenden, adstringierenden und antiseptischen Wirkung die Lokalbehandlung in sehr wirksamer Weise unterstützt.







Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor
Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise: Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—. Für Deutschland ganzjährig 20 Mark. Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs. Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.

Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47. Telephon Nr. 22152. Postsparcassen-Conto Nr. 839.072. Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.

Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47. Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 19. Wien, 11. Mai 1907. **Nr. 19.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Zur Pathogenese der harnsauren Diathese.

Von Sanitätsrat **Dr. Scherk**, Bad Homburg.

(Schluß.)

Nach den histologischen Untersuchungen handelt es sich stets um kristallinische Ablagerungen von harnsauren Salzen in Form von feinen Nadeln, und diese Uratmassen sind nicht einfach an der Oberfläche des Knorpels abgelagert, sondern in das Gewebe eingelagert. In frischen Fällen, in welchen die Knorpeloberfläche noch nicht der Zerstörung anheimgefallen ist, kann man bisweilen mikroskopisch an der Oberfläche des Knorpels noch eine ganz schmale Zone erkennen, die von den Uratablagerungen verschont geblieben ist. Im allgemeinen sind aber die Uratablagerungen in den oberflächlichen Knorpelschichten am dichtesten und reichlichsten. In den angrenzenden Teilen des von Urat durchsetzten Knorpels finden sich häufig Entzündungserscheinungen. Oft aber erscheint das benachbarte Gewebe vollkommen normal. (Die Gicht, von Professor Dr. Minkowski. Wien 1903, S. 216.)

Die selektive Zellenfunktion macht sich auf diese Weise unter pathologischen Bedingungen geltend, daß die arthritische Harnsäure sich mit dem Natrongehalt des Knorpelgewebes zu einem schwerlöslichen Urat verbindet. Daß bei diesem Vorgange auch mechanische Faktoren mit in Betracht zu ziehen sind, ersehen wir daraus, daß am häufigsten die Metakarpalgelenke an den Füßen befallen werden, mangelhafter Blutdruck und straffe Gelenkbänder sind als Stützen dieser Niederschläge zu beachten. Die nekrotischen Herde, wie Ebstein dieselben zuerst nachgewiesen, sind als sekundäre Symptome anzusprechen.

Ganz besonders werden bei der Ablagerung der Sedimente in den Nieren, bei Stein- und Griesbildung im uropoetischen System, die physikalischen Faktoren auf die Wagschale zu legen sein.

Die ausgesprochene Permeabilität des Nierenepithels gegenüber der arthritischen Harnsäure einerseits, sowie die verschlungenen Kanälchen sind zu Niederschlägen besonders geeignet und die Lumina der Ureteren begünstigen die Gries- und Steinbildung in hohem Grade.

Da bei Gichtkranken häufig Steinleiden und umgekehrt bei Steinleidenden oft Gichtknoten auftreten, so ist dieselbe Ursache, welche durch die Ansammlung der arthritischen Harnsäure im Blute zurückzuleiten ist, ersichtlich. Eine hereditäre, nervöse Affektion gibt die Veranlassung in diesen Fällen, während bei der Bleigicht die nervöse Ätiologie auf eine Bleivergiftung zurückzuführen ist, welche durch den Beruf erst erworben wird. Es ist erwiesen, daß das Blei auf bestimmte Nervenzellen schädigend wirkt, eine minderwertige Fermentproduktion wird demnach die Folge dieser Gewerbekrankheit darstellen.

Hat sich eine Hochflut arthritischer Harnsäure im Blutstrome angesammelt, so sucht dieselbe einen Ausweg, bei welchem prädilektionierte Gewebe durch chemische oder kinetische Affinitäten den Ausschlag geben.

Daß nach dem Auftreten eines Gichtknoten die Harnsäureansammlung im Blute für einen unbestimmten Zeitraum herabgesetzt wird, ist die natürliche Folge und auch im Urin wird der Gehalt von Harnsäure nach diesen Schwankungen nicht ein konstantes Verhältnis dokumentieren.

Wenn wir erwägen, daß vor dem 30. Jahre Gichtleidende nicht beobachtet sind, so ist daraus zu ersehen, wie langsam sich die Harnsäure in den Jugendjahren anhäuft; hat dieselbe jedoch einmal den Höhepunkt erreicht, daß ein Austritt stattfindet, so wird das Minus bald wieder ausgeglichen werden und die zweite Attacke stellt sich ein.

Bei der Nierengicht dagegen haben wir bekanntlich mit einer ungünstigen Prognose zu rechnen. Können die Nieren, weil dieselben mit harnsauren Salzen durchsetzt sind, ihre Funktion nicht mehr erfüllen, so treten Zirkulationsstörungen auf, welche zu Ödemen und den anderen Symptomen führen, welche uns bei Nierengicht entgegentreten.

Immerhin müssen wir trotz aller Einwendungen Garrod Recht geben, welcher zuerst die im Blute angesammelte Harnsäure als Quintessenz der uratischen Ätiologie hingestellt hat. Heutzutage wissen wir, nachdem die Lehre der fermentativen Prozesse im lebenden Organismus, als Basis der Umsetzungen im Stoffwechsel zu verwerten ist, daß die minderwertigen Enzyme zur Bildung einer Harnsäure bei nervösen Affektionen führen, welche auf dieser Stufe stehen bleibt und nicht wie die normale zu Harnstoff, Kohlensäure und Ammoniak oxydiert wird.

Daß neben der Hydrolyse die Oxydation der Nährsubstanzen für die Erhaltung der somatischen Bilanz von großer Bedeutung ist, wird von keiner Seite zu bestreiten sein.



Wir wissen, daß bei der Dextrosurie unter Umständen ein Sauerstoffmangel die Ursache darstellen kann; wenn nun allerdings ein Sauerstoffminus im Organismus nicht zur Entwicklung der Gicht führen kann, so bildet die Sauerstoffübertragung doch einen maßgebenden Faktor, welcher bei dem erschwerten Oxydationsverhältnisse der arthritischen Harnsäure wohl zu beachten ist.

Wie Minkowski (l. c.) ausführt, wird die Harnsäure in neutraler oder alkalischer Lösung durch Ozon, Permanganat, Bleisuperoxyd, Kupferoxyd u. dgl. in Kohlensäure und Allantoin umgewandelt. Letzteres liefert bei weiterer Oxydation Oxalsäure und Harnstoff.

In sauerer Lösung zerfällt die Harnsäure unter der Einwirkung von Salpetersäure, Chlor, Brom, Jod zunächst in Harnstoff und Alloxan. Letzteres liefert bei fortgesetzter Oxydation Kohlensäure und Parabansäure, welche ihrerseits unter Wasseraufnahme in Oxalursäure übergeht, die sich weiter in Oxalsäure und Harnstoff spaltet.

Wir ersehen aus diesen Beispielen, wie bedeutungsvoll die differente chemische Reaktion des Mediums auf die Abwicklung der Oxydationsprozesse sich dokumentiert.

Daß bei einer Hochflut von Harnsäure im Blutstrom eine Azidosis vorhanden sein muß, ist eine logische Folgerung, auch wissen wir, daß die Oxydationen bei einer bestimmten Alkaleszenz flotter verlaufen.

Es würde indeß zu weit gehen, wenn die dunkle Blutalkaleszenzfrage hier näher behandelt würde, leider ist dieses Thema noch nicht spruchreif.

Immerhin kann man die Erfolge, welche nach den Erfahrungen der Balneologie bei Gebrauch besonderer Mineralwassertrinkkuren bei typischer Knorpelgicht seit Jahrzehnten verzeichnet sind, auf den Gehalt der Wässer an Alkalien zurückleiten. Es gibt einzelne Kurorte, bei denen Jahr für Jahr dieselben Gichtkranken als Stammgäste erscheinen, da sie nach Gebrauch der Quelle nicht so oft von akuten Attacken befallen werden. Die Folgerung ist deshalb berechtigt, daß die Aufnahme alkalischer Jonen die Azidosis des Blutes bis zu einem gewissen Grade neutralisiert.

Bei der Nierrengicht wird dagegen die übermäßige Wasserzufuhr, wie dieselbe bei Anwendung einer Trinkkur üblich ist, kontraindiziert sein. Selbst die bessere Durchspülung der Organe wird bei einer insuffizienten Niere gegenüber den Gefäßüberfüllungen nicht ins Gewicht fallen.

Daß durch Gebrauch purgierender Mineralwässer der Leberkreislauf beeinflußt wird, wird allgemein angenommen. Eine Erhöhung des Chemismus der Leberzellen und vermehrte Gallenproduktion kann die Folge sein. Bei einer herabgesetzten Fermentproduktion der Leberzellen ist demnach die Anwendung dieser Trinkquellen theoretisch indiziert.

In analoger Weise wäre bei einem minderwertigen Pankreasenzym, die Trypsinwirkung durch Zufuhr von Trypsin, welches in Glutoidkapseln durch den Magen glatt passiert, angezeigt. Die Spaltung der Nukleine würde dadurch befördert werden, wenn die kostspielige Darstellung des Trypsin die Verordnung dieses Mittels nicht unmöglich machen würde, eine solche Kur würde Millionen kosten. Ist jedoch Aussicht vorhanden, das Trypsin durch ein anderes billiges Fabrikat zu ersetzen, so wäre, meiner Ansicht nach, der Versuch nicht von der Hand zu weisen.

Da andererseits die minderwertige Fermentwirkung bei der Entwicklung der uratischen Diathese auf neurogene

Feuilleton.

Wirtschaft, Horatio, Wirtschaft.

(Die neuen Verschreibungsnormen und deren Begleiterlässe.)

Von Dr. **Leopold Kohr**, Oberndorf.

Ein bald nach Jahreswechsel an sämtliche Ärzte, Krankenkassen usw. gerichtetes Zirkularschreiben der politischen Behörde, das zunächst auf die neuen Verschreibungsnormen aufmerksam macht, enthielt folgenden Schlußabsatz:

„Den Kassenverwaltungen bleibt es ferner überlassen, zum Zwecke der tunlichsten Schonung der ihnen zur Verfügung stehenden Mittel ihre Kassenärzte anzuweisen, daß sie bei Verschreibung anderer als der im § 2 der Verordnung angeführten Arznei- und Verbandmittel außer dem nach § 3 der Verordnung auf dem Rezepte anzubringenden Vermerk „necesse“ auch eine schriftliche, die Notwendigkeit der Verschreibung eingehend und stichhältig rechtfertigende Begründung an die Kassenverwaltung einzusenden haben.“

Wer sich unter tunlichster Schonung des ihm zur Verfügung stehenden stilistischen Feingefühles durch dieses Periodenungeheuer durchgearbeitet hat, um über dessen Sinn nachzudenken, dem wird dasselbe die Schamröte ins Gesicht jagen. Enthält es doch nichts anderes als eine deutliche Aufforderung an die Kassenvorstände, die ohnehin gequälten und überbürdeten Ärzte noch mehr zu mißbrauchen, als es jetzt schon der Fall ist; enthält es doch nichts anderes als eine unbegründete, moralische Verurteilung unseres ganzen Standes. Sind wir wirklich schon so tief gesunken, daß unser bekräftigendes Wort nicht genügt? Ist es nicht ein unverhüllter Zweifel an unserer Wahrheitsliebe, unserer Rechtlichkeit und Gewissenhaftigkeit, wenn ein Kassenfunktionär unter aufmunterndem Zuwinken der Regierung meiner deutlichen, klipp und klaren Behauptung: „Es ist notwendig“ nicht glaubt und eine eingehende Rechtfertigung verlangt, als hätte er Grund, Diebstahl an fremdem Eigentume zu vermuten? Hat man je gehört, daß ein politischer Beamte zur Schonung des Staatssäckels Vidierungen von Aktenstücken rechtfertigend begründen mußte? Oder glauben die Herren wahrhaftig, daß sie ethisch höher stehen als der Arzt, an dessen Humanität sie nicht genug oft appellieren können?

Jahrelang hat man sich um Volksgesundheit und Wohlfahrtspflege in höheren Regionen gar nicht gekümmert und alles so lange gehen lassen, „wie's Gott gefällt“, bis wir glücklich bei halbasiatischen Zuständen angelangt sind. Dann wurde die Sozialpolitik modern, wie Pilze schossen neue Ideen aus dem Boden und jede Anregung wurde aufgegriffen, die geeignet schien, beim Wettlaufe zu den obersten Sprossen ein paar Vordermänner zu überrennen. Deshalb ist auch alles, was in dieser Zeit geschaffen wurde, so organisch und lebenskräftig, wie eine in Spiritus aufbewahrte pathologisch-anatomische Rarität.

Wir haben keine staatlichen Heilstätten für Lungenkranke, keine Krebsspitäler, keine Kuranstalten für Unheilbare, haben kein geordnetes Armen- und Findlingswesen, keine Invaliden- und Altersversorgung, nicht einmal genug Betten in den bestehenden Krankenanstalten, aber dafür besitzen wir ein Reichssanitätsgesetz, das nach bald 40 Jahren nicht einmal in platonischer Geltung im ganzen Reiche steht, haben Unfallversicherungsgesellschaften unter Staatsaufsicht, denen die Prozesse mit verkrüppelten Arbeitern in gleicher Weise über den Kopf wachsen wie die Schulden, und haben Krankenkassen, zu deren Sanierung Erlässe herausgegeben werden, die nach einem psychiatrischen Begutachten schreien. Solch eine Abnormalität ist insbesondere der jüngste Ukas, welcher die Apotheker zwingen will, bestimmten Fonden, Kassen und dergleichen 50% von der Arbeitstaxe, 20% von der Arzneitaxe zu schenken, während den ärztlichen Hausapothekenbesitzern großmütigerweise nur der 50%ige Arbeitsnachlaß aufoktroyiert werden soll. Es sei gar nicht erörtert, mit welchem Scheine von Berechtigung derartig absolutistische Verfügungen ediert werden dürfen, ediert in einem konstitutionellen Staate, der mit langen Fortschrittsbeinen einer demokratischen Verfassung entgegengeht. Auch wenn die gesetzliche Grundlage zweifelsohne wäre, dürfte von ihr kein Gebrauch gemacht werden in einer Zeit, die von allgemeiner Not und Teuerung wiederhallt, am allerwenigsten von einer Regierung, welche sich anschickt, Millionen für Besserstellung der Beamten flüssig zu machen. Damit sei nicht gesagt, daß wir die materiellen Vorteile diesem Stande nicht gönnen, obwohl er gewiß nicht den zehnten Teil jener stillen Märtyrer aufweist, wie die



Faktoren zurückzuführen ist, so müssen wir unser Augenmerk bei hereditärer Disposition, womöglich schon prophylaktisch auf eine neurologische Behandlungsweise richten, bei welcher die physikalischen Methoden zu bevorzugen sind.

Freilich wissen wir Ärzte alle, daß eine Heilung der Gicht bis jetzt auszuschließen ist. Es ist unmöglich bei der allgemeinen Anschwemmung der arthritischen Harnsäure im Blute durch therapeutische Eingriffe die ausgebildete uratische Diathese verschwinden zu lassen, doch sind uns durch palliative Verordnungen Mittel an die Hand gegeben, den Verlauf der Krankheit in günstiger Weise zu beeinflussen.

36. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

F. Der Vorsitzende gedachte zunächst des Verlustes, den die Wissenschaft durch den Tod Bergmanns erlitten hat; er berichtigte auch die weitverbreitete Annahme, als ob Bergmann an Krebs des Mastdarms gestorben sei; vielmehr sei er an den Folgeerscheinungen einer schweren Ruhr verschieden, die er sich noch im russisch-türkischen Kriege geholt hatte. Hierauf wird die Beratung über das Kapitel der Herzchirurgie eröffnet. Gluck betont, daß es zweckmäßig ist, die Punktion des Herzbeutels möglichst nach außen von der Mamillarlinie vorzunehmen, weil man sich dadurch am besten gegen die unbeabsichtigte Verletzung des Herzens selbst schützt. Thiemann berichtet über eine traumatische Verletzung des rechten Ventrikels; Katgutnaht; Heilung. Riedel und Kümmel berichten über Versuche, durch unmittelbare oder mittelbare Herzmassage über den Stillstand des Herzens in Narkose hinwegzukommen; beide konnten nur über momentane Erfolge berichten; schließlich trat doch exitus ein. Lexer berichtet über einen gelungenen Versuch, den er auf Grund von Tierexperimenten machte, die Methode der Gefäßnaht auch beim Menschen anzuwenden; er hat sowohl die zirkuläre Vereinigung der Gefäße gemacht als auch die Gefäßtransplantation. Stich berichtet über Tierversuche; es ist ihm gelungen, mittels Gefäßnaht Nieren und Schilddrüsen bei demselben Tiere zu transplantieren. Hierauf schritt man zum Thema: Lungenchirurgie. Friedrich weist darauf hin, daß es nachteilig für sie war, daß sie bei der Tuberkulose einsetzte. Der Lungenechinokokkus erscheint chirurgisch stets angreifbar, wie auch Taffier bewiesen hat, der einen Heilerfolg von 91 Prozent aufweist. Das eigentliche Gebiet der Lungenchirurgie ist jedoch der Lungenabszeß und die Lungengangrän. Besonders wichtig ist die Mitarbeit der Internisten. Mit Hilfe der pneumatischen Kammer ist man imstande, an den Lungen in den verschiedenen Stadien der Entfaltung zu arbeiten. Karewski weist darauf hin, daß die Heilerfolge bei Lungenaktimoykose keinesfalls ermutigend sind. Lenhartz hat in den letzten Jahren fast 100 Fälle der verschiedensten Art operiert. Was die Bronchiektasien betrifft, so sind die Resultate günstiger, je frischer die Fälle sind; er ist für zweiteiliges Operieren.

Als Hauptverhandlungsgegenstand war die Behandlung der Oberschenkelbrüche angesetzt, nach den Ausführungen des zum ersten Berichterstatter bestellten Herrn Bardenheuer, Köln, die schwierigste aller Knochenbruchbehandlungen. Von den beiden für Heilungen aller Brüche aufzustellenden Forderungen, nämlich volle Wiederherstellung der Knochengestalt und der Wiedergebrauchsfähigkeit legt er das meiste

---

Ärzteschaft, deren Angehörige so zahlreich auf einsamen Posten resignierend verkümmern, ohne Hoffnung auf Avancement und ohne Aussicht auf ruhige, sorgenfreie Stunden des Alters. Honores haben uns nie geblüht und das „dat Galenus opes,“ ein längst verklungenes Märchen, ist heute, da unter der Losung „Sozialpolitik“ und „Humanität“ Willkür und Raubbau mit fremder Kraft getrieben wird, bittere Ironie.

Was verstehen übrigens unsere Regierungsorgane unter Humanität? Menschenliebe, die nichts kosten darf. Nur diese Definition macht es verständlich, wenn in einem Atem mit dieser die strengste Befolgung der Armenmedikation gepredigt wird. In jedem, der wirklich menschlich empfindet, nicht bloß davon spricht, wird das Wort „Armenverordnung“ selbst schon unangenehme Sensationen hervorrufen. Das Verlangen nach möglichst einfacher Expedition ist gerechtfertigt, weshalb aber für Arme sonst anders als für Bemittelte ordiniert werden soll, ist unerklärlich. Keiner unserer Professoren hat uns gelehrt, daß der Typhus des Reichen sich von dem des Armen unterscheidet; selbst die Arthritis divitum sucht, ihrem Namen zum Hohne, die Stätten der Elenden auf, wie die Gicht der Pauperen den Krösus. Wenn ich von dem Heilwerte der Credeschen Salbe durchdrungen bin, soll ich des höheren Preises wegen sie bei dem Arbeiter nicht verordnen dürfen und zu einer Behandlungsweise greifen müssen, welche ihn erst nach doppelt so langer Zeit erwerbsfähig macht? Das ursprüngliche Verlangen, bei Armen zu Umschlägen grundsätzlich Wasser zu verwenden, scheint gefallen zu sein — mit gleichem Rechte hätte dekretiert werden können, Narkosen auf Kosten des Staates mit Aqua fontis durchzuführen — aber sind nicht andere, ebenso unlogische Bestimmungen stehen geblieben?

Die neue Pharmakopea macht z. B. die Anwendung von destilliertem Wasser bei Bereitung der Tinkturen zur strengsten Pflicht und gebietet gleichzeitig, pro paupero die Verdünnung dieser Tinkturen mit Quellwasser. Das ist gerade so, als wenn ein Chirurg knapp vor einer Laparotomie mit peinlichst gereinigten und desinfizierten Fingern in der Nase bohren möchte. Zu derlei Lächerlichkeiten führt übel angebrachte Sparsamkeit, verbunden mit souveräner Verachtung der eingeholten sachlichen Gutachten. Mit derart kleinlichen Mitteln soll den Kassen geholfen werden, die nur durch Konzentration der Kräfte, durch eine großzügige Verwaltung, eine reichliche Staatsunterstützung und — last not least — durch Selbstzucht und uneigennützigen Gemeinsamkeitssinn ihrer Mitglieder zu gedeihlichem Aufschwunge geführt werden können!

Es würde zu weit ins politische Gebiet führen, wollte untersucht werden, weshalb gerade jetzt der Goldregen fürsorglicher Gnade aus der Regierungswolke niederströmt auf die Krankenkassen, selbstverständlich wie sichs für moderne Olympier ziemt, auf Kosten geduldiger Untertanen. Wenn heute vom Sektionschef bis zum jüngsten Konzeptspraktikanten herab die Verwaltungsbeamten Arm in Arm mit den Kassenfunktionären das Jahrhundert in die Schranken fordern, hat das gewiß seine tiefer liegenden Gründe. Auch die Minister sind eben, wie der Herrgott Napoleons, mit den starken Bataillonen. Kaum begannen sich die Beamten zu ralliieren, da wurden mit ergötzlicher Geschwindigkeit Vorlagen verabschiedet, die sonst noch jahrelang geschlafen hätten, ein deutlicher Beweis, daß die vorgeschützte Überbürdung und kurze Dauer der Reichsratstagung faule Ausreden sind, und daß es nur Mißachtung und herkömmliche Rücksichtslosigkeit gegen uns ist, wenn die so heißersehnte Ärzteordnung, welche den Staat keinen Kreuzer kosten würde, in den Aktenschränken eines Subkomitees gilbt und verschimmelt. Hat man die Postdiener ein Jahr lang resistieren lassen? Oder ist die Volksgesundheit weniger wichtig als die rechtzeitige Zustellung eines Weihnachtspaketes? Nein! Aber uns Ärzte plagen noch immer viel zu viele Skrupel und Zweifel, und darauf bauen alle Behörden. Unterminieren wir diesen Grund. Bilden wir rücksichtsloser als bisher auch ein machtvolles Heerlager, mit dem man rechnen muß! Wenn uns die ununterbrochene Kette von Drangsalierungen nicht die richtigen Wege weist, wenn wir den Ring der Organisation im Feuer der Empörung nicht zu einem bruchlosen, stählernen Gebilde schmieden, dann werden wir noch für lange Zeit, so oft am grünen Tische ein zozialpolitisches Delirium ausbricht, die geschlagenen Achaer sein.



Gewicht auf die erstere. Und zur Erreichung dieses Zieles ist das von ihm bis auf das feinste ausgebildete Verfahren der Streckung der Knochen durch Gewichtszug bei folgerichtiger Durchführung das zuverlässigste. Nach seinen Erfahrungen bringt diese nur mit geringen Ausnahmen vollen Erfolg unter Verhütung jeglicher Verkürzung und Formveränderung des Knochens. Die schließliche Verkürzung hängt nicht immer von bestehen gebliebener Schiefheilung der Bruchstücke ab, sie tritt zuweilen erst nach längerer Zeit auf, namentlich bei zu frühem Aufstehen. Es hängt dies mit der natürlichen Schiefstellung des Oberschenkelknochen zur Körperachse zusammen. Eine vorhandene Winkelstellung der Bruchstücke kann unter diesen Umständen, je nach der Richtung, sich verschlimmern oder andererseits sogar vielleicht ausgleichend geltend machen, und bei der Nachgiebigkeit des frischen Knochenkittgewebes kann selbst ein in natürlich schräger Richtung gut geheilter Bruch unter der Last des Körpergewichts sich in diesem Sinne umkrümmen. Am unwillkommensten sind die Brüche des Schenkelhalses, wobei neben der schweren Angreifbarkeit auch die im allgemeinen viel zu sehr unterschätzte Dauer einer knöchernen festen Verheilung an dieser Stelle sich geltend macht. Neben der Innehaltung der für die Behandlung notwendigen nicht zu kurz bemessenen Zeit muß diese ihr Augenmerk besonders auf Verhütung der Winkelstellung nach außen richten, weil diese nach den oben angeführten Gesichtspunkten mit der späteren umbiegenden Lastwirkung des Körpers in gleichem verschlimmernden Sinne wirkt. Freilich erfordert die folgerichtige Durchführung außerordentlich schwere Gewichtszüge, bis zu 70 Pfund und, wenn man auch die Gegenzüge mitrechnet, bis zu 112 Pfund, außerdem ist eine peinliche Befolgung der von dem Vortragenden aufgestellten Vorschriften geboten.

So gute Ergebnisse durch diese Behandlung auch unter geschickter Hand mit musterhaften und eigens für diesen Zweck geschaffenen Einrichtungen erzielt werden, so bleiben noch immer Fälle übrig, in denen man auf diesem Wege durchaus zu keinem guten Erfolge wird kommen können. Für diese bleibt nichts anderes übrig als die blutige Behandlung, über die sich der zweite Berichterstatter König-Altona verbreitet. Es soll dies allerdings kein Regelverfahren für alle Fälle sein, sondern immer nur Ausnahmefällen vorbehalten bleiben. Namentlich kommen hier die Schenkelhalsbrüche in Frage, die keineswegs immer nur bei alten Leuten vorkommen. Es ist nun eine reine Frage der größeren Erfahrung, zu erkennen, welche Brüche dieser Behandlung unterworfen werden sollen, umsomehr, da es auf frühe Inangriffnahme ankommt, um auch hiebei ein gutes Ergebnis zu sichern. Sprengel-Braunschweig hat freilich einzuwenden, daß man sich nicht immer nach Regeln und Erfahrungen richten könne, da völlig unberechenbare und unbekannte Zwischenereignisse und Verhältnisse ein gutes Ergebnis verhindern können. Auf der anderen Seite sind ihm aber auch die Erfolge von Bardenheuer nicht überall verständlich und auch die Röntgen-Bildunterlagen nicht immer eindeutig genug. Wie auch aus mehrfachen Bemerkungen mehrerer anderer unter den zahlreichen Rednern zu diesem Gegenstand hervorgeht, werden die außerordentlichen Gewichtszüge nicht überall vertragen, und eine Anzahl von Chirurgen haben andere Hilfseinrichtungen getroffen, welche sich der ausführlichen Darstellung an dieser Stelle entziehen.

Im allgemeinen ging aus der lebhaften Erörterung hervor, daß es doch eines genauen Studiums in der Bardenheuerschen Anstalt selbst bedurft hat, um einen großen Teil der natürlichen Bedenken, welche sich der allgemeinen Durchführung der Bardenheuerschen Maßnahmen selbst innerhalb wohleingerichteter Krankenhäuser entgegenstellen, zu entkräften. Im übrigen aber hat diese Behandlung, wo sie durchgeführt werden konnte, die besten Ergebnisse geliefert, und es bleibt ein Verdienst Bardenheuers, so alt auch die Grundsätze dieser Behandlung und so vielgeübt sie auch vor Bardenheuer waren, das Verfahren so weit und so fein ausgebildet zu haben.

Der Schluß der Sitzung wird ausgefüllt durch Erörterungen über verhältnismäßig seltenere und schwieriger zu behandelnde Verletzungen von Knochen und Gelenken. Lampe, Bromberg, Körte, Berlin und Borchard, Posen berichten über Kranke, denen sie wegen bösartiger Geschwulstbildung am unteren Abschnitt des Oberschenkelknochens ausgedehnte Knochenstücke entfernen mußten, und welche nach mehreren Jahren mit voller Gebrauchsfähigkeit des Gliedes und ohne Nachwachsen der Geschwulst geheilt geblieben sind.

Zur Vorführung von Bildern mittels Scheinwerfer wurde eine Abendsitzung abgehalten, in der Bardenheuer, Köln die Ergebnisse seiner Behandlung von Oberschenkelknochenbrüchen mittels Längs- und Querzügen an Röntgenbildern, König, Altona die Verhältnisse bei Schenkelhalsbrüchen, Immelmann, Berlin im Röntgenbild die jugendliche Form der Knochenknorpelentzündung an der Hüfte vorführten, ein Krankheitsbild, dessen Wesenheit aber von Borchard, Posen und Franke, Braunschweig bestritten wird. Goldammer, Hamburg zeigt, wie man an dem wandernden Schatten eines verschluckten Wismutbreies die Gestalt des Magens und die fortschreitende Entwicklung des Verdauungsvorganges bei gesunden und kranken Magen vor und nach Operationen am Magendarmschlauch verfolgen kann. Lenhartz, Hamburg läßt zeigen, wie sich im Röntgenbild die an Lungenbrand erkrankten Organe darstellen und wie man die Erfolge der einzelnen Eingriffe und das Ergebnis auf deren Vollständigkeit prüfen kann. Endlich zeigt Hoffmann, Düsseldorf eine Knochenverschiebung bei einer Verletzung des Speiche-Ellegelenkes. (Schluß folgt.)

III. Referate.

Zur Behandlung der kroupösen Pneumonie. Von Dr. Paul Schichold.

Die Hydrotherapie hat bei der Pneumonie schon seit Jahren sich großes Ansehen erworben. Es werden kalte und kühle Bäder oder warme Bäder mit kalten Übergießungen angewendet; dann kalte Abklatschungen, beziehungsweise Abreibungen, Ganz- und Teilpackungen verschiedener Art.

Seit Jahren bringt Sch. eine Form der hydriatischen Behandlung in Anwendung, die infolge ihrer Einfachheit wohl die Beachtung weiterer Kreise verdient.

Sch. geht folgendermaßen vor:

Der Kranke liegt im Bett völlig entkleidet auf einer wollenen Decke. Unter leichtem Heben des Rumpfes, wobei Hinterkopf und Füße als Stützpunkt dienen, wird unter dem Rücken ein nasser Umschlag von besonderer Form und Beschaffenheit geschoben; bei Schwerbesinnlichen, beziehungsweise schwachen Kranken geschieht das Heben durch eine Person, die ihn im Becken etwas hebt, während der andere Wärter den Umschlag unter dem Rücken durchschiebt.

Der Umschlag selbst ist in Form einer Weste gestaltet, dessen Schulterteil vorne durchschnitten und verlängert ist.

Sie besteht aus 4—5 Lagen Leinwand. Vor dem Anlegen wird sie im Wasser von + 12—15° C. getaucht, soweit ausgewunden, daß sie nicht mehr abtropft, und in der oben angegebenen Weise untergeschoben, nachdem der obere Teil zurück nach hinten umgeschlagen ist. Liegt der Rückenteil richtig, werden während des Niederlegens des Kranken die umgeschlagenen Teile hervorgezogen, die langen schmalen Enden über die Schulter, die beiden anderen Enden um die Brust gelegt. Schließlich wird der Kranke in die wollene Decke, auf der er liegt, so weit eingehüllt, daß nur der Kopf und die Arme frei bleiben; über letztere kommt dann das gewöhnliche Deckbett. Nach etwa 15 Minuten wird der Umschlag bei geringem Erheben des Rückens wieder abgenommen und der Kranke wieder in die wollene Decke eingewickelt; nach etwa 45 Minuten wird die Prozedur wiederholt. Auch während der Nacht wird der Umschlag in der angegebenen Weise angewendet, solange der Kranke nicht schläft. Während des Schlafes läßt Sch. ihn so liegen, wie er eingeschlafen ist; geschieht dies mit dem Umschlage, so ist nur darauf zu



achten, daß er überall gut in die Decke eingehüllt ist; der Umschlag vertritt dann gewissermaßen den Prießnitzumschlag. Diese neue Art des Umschlages, den Sch. nach seiner Form und Anwendungsweise die „nasse Weste" nennt, kann auch durch ein größeres, mehrfach zusammengefaltetes Tuch um die Brust und ein stolaartig um die Schultern gelegtes schmäleres improvisiert werden.

Sch. läßt die „nasse Weste" nach der Entfieberung noch einen Tag wenigstens anwenden, dadurch er eine nochmalige Steigerung der Temperatur vermeidet, die sonst häufig eintrat, wenn die nasse Weste sofort mit der Entfieberung weggelassen wurde.

Sch. warnt vor der Anwendung seiner Behandlungsmethode bei älteren Leuten, namentlich wo Arteriosklerose oder Myocarditis vorhanden sei. (Blätter für kl. Hydrotherapie, Nr. 11, 1906.)

*

Die Behandlung des Furunkels und die Verhütung der Furunkulose mittels Jodofan. Von Dr. Gerstle in Berlin.

Nachdem sich das Jodofan, ein neues organisches Jodpräparat, aus dem Chem. Institut Dr. Horowitz, Berlin Nr. 24, dem Jodoform als vollkommen reizloses Wunddesinfiziens nicht nur vielfach gleichwertig, sondern — zufolge seiner Ungiftigkeit und starken antiseptischen Wirkung auch auf die oberflächlichen Wunden, sowie wegen des Fehlens von Ekzemreizungen — sogar überlegen erwiesen hat (Eisenberg, Münchener med. Wochenschrift 1907, Nr. 7) ist es vom Verf. mit gutem Erfolg der Therapie des Furunkels dienstbar gemacht worden. Der Hauptwert seiner Anwendung liegt darin, daß es bei richtiger Ausspülung gelingt, das Entstehen weiterer Furunkel zu verhüten. Verf. geht in der Weise vor, daß er torpide Furunkel durch Kataplasmen zur Eröffnung bringt, heftig schmerzende, zum Wachsen neigende dagegen inzidiert. Wenn der Schnitt nicht bis ins Gesunde reicht, verbindet er trocken, bei kleiner Inzision feucht. Als Verbandmittel benutzt wird 10% Jodofangaze. Um den abfließenden Eiter unschädlich zu machen, wird die in weiterer Umgebung mit einer indifferenten Flüssigkeit (Liq. alum acet. 1‰ acid. salicyl u. dgl.) benetzte Haut reichlich mit Jodofan bestreut, dessen im bakteriologischen Versuch überzeugend nachgewiesene hervorragende Desinfektionskraft große Mengen Eiter unschädlich machen kann. Bei dieser Technik hat G. in 28 Fällen kein einziges Mal eine Propagation des Eiters gesehen. Einige ausführlicher berichtete Fälle geben ein anschauliches Bild von der überaus günstigen Einwirkung des Jodofans. So heilte bei einem Pat., der sonst alljährlich im Herbst zahlreiche Furunkel bekam, der erste Furunkel aus, ohne daß sich weitere anschlossen. Bemerkenswert ist auch unter der Jodofanbehandlung der günstige Einfluß des Jodofans bei einem schweren diabetischen Furunkel, der unter feuchten Verbänden nicht zur Heilung kam. Auf die Wunden selbst braucht man Jodofan nur in ganz dünner Schicht aufzustreuen, da die antiseptische Kraft auch so außerordentlich groß ist und eine Schorfbildung dadurch verhütet wird.

G. wandte das Jodofan auch bei vielen frischen Verletzungen, bei Panaritien, zur Tamponade der Vagina bei jauchigem Portiokarzinom (wo es viel stärker desodorierte als Jodoform), Ulcus cruris, U. molle, nässenden Ekzemen usw. an. G. hält das Jodofan für eins der besten Wundheilmittel und ist der Ansicht, daß es für die Behandlung der Furunkel dem Bedürfnis einer Verbesserung der Behandlungsmethode entspreche. (Med. Klinik Nr. 9, 1907.)

IV. Literatur.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Bd. VII, Heft 1, 1907. Würzburg. Stubers Verlag.

Die nicht genügenden Heilungserfolge der Freiluftkuren in den Lungenheilstätten haben die Ärzte der Tuberkulinbehandlung näher gebracht. Man versucht sogar das Tuberkulin stomachal und inhalatorisch einzuverleiben. Huhs fand jedoch die stomachale Darreichung wertlos, weil er bei 1 *g* Alttuberkulin per os keine Reaktion bekam, während schon $^1/_{20}$ *mg* subkutan von typischer Wirkung war. Er verwirft auch die therapeutische Inhalation des Tuberkulins wegen Unzuverlässigkeit der Dosierung. Die häufige Anwendung des Tuberkulins in der Gegenwart ruft die Frage nach der Wirkungsweise desselben wach. Lüdke hat an Tieren und an mit Tuberkulin behandelten Personen nachgewiesen, daß im Gewebe Antituberkulin sich bildet und daß dieses an das Blut abgegeben wird. Der Komplementbindungsversuch eignet sich jedoch nicht für die Praxis wegen seiner Umständlichkeit und Unsicherheit. — Die Tatsache, daß die Ruhestellung eines tuberkulösen Organes die Heilung begünstigt, brachte Dünges auf die Idee, Heftpflasterverbände bei Lungentuberkulose zu verwenden. Diese Methode war schon vor Jahren gegen pleuritische Schmerzen im Schwung. — Die Unverläßlichkeit des perkutorischen Befundes an der Spitze wird vom Seufferheld auf Grund anatomisch-physiologischer Studien und an der Hand der Literatur in einem Aufsatze dieses Bandes augenscheinlicher gemacht. Dieses Heft enthält außer den genannten Arbeiten, von denen die von Dünges die Kritik herausfordert, noch das Programm der sozialen Bekämpfung der Tuberkulose für Frankreich, in dem den Dispensarien eine ungemein wichtige, praktische Rolle zugewiesen wird. Landesberg.

Grundriß der Kehlkopfkrankheiten und Atlas der Laryngoskopie. Von Grünwald. München 1907. Lehmanns Verlag.

Die zweite Auflage des Grünwaldschen Atlas hat durch textliche Zusätze eine Umwandlung zum Grundriß der Laryngologie erfahren. In glücklicher Weise wußte der Verf. die Anatomie, die pathologische Anatomie und die Klinik der Kehlkopfkrankheiten so faßlich und kurz darzustellen, daß für den Anfänger in dem Grundriß ein kurzes Repetitorium entstanden ist, das ihm die Einführung in die Laryngologie erleichtert. Besonders übersichtlich fiel die Darstellung der Lehre über die Muskel und Gelenke des Kehlkopfes aus. Für das Verständnis leisten die schematischen Skizzen in diesem Kapitel vorzügliches. Die reiche Sammlung der Bilder des Atlas. hat zwar keine bedeutende Vermehrung erfahren, sie dürfte aber dem praktischen Arzte genügen und mit Rücksicht auf ihre glänzende Ausführung den Zweck des Verf., dem Anfänger und auch dem praktischen Arzte als Nachschlagebuch zu dienen, erreichen. Nicht genug ist die besondere Berücksichtigung der pathologischen Histologie des Kehlkopfes sowohl im textlichen Teile als auch im Atlas zu betonen. Es ist zu erwarten, daß eine zweite Auflage beim ärztlichen Publikum dieselben Sympathien wie die erste finden werde. Landesberg.

V. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 19. April 1907.

Salomon Ehrmann demonstriert: 1. Einen 24 Jahre alten Mann, der auf beiden Wangen, den Backen, den Ohren, dem Lippenrot und dem behaarten Kopfe Plaques vom Lupus erythematodes in den verschiedensten Stadien, bis zur völligen Narbenatrophie zeigt. Außerdem beiderseits längs des Sternokleidomastoideus je einen rosenkranzförmigen Strang von angeschwollenen, harten Drüsen, die sich unter die Klavikula fortsetzen, auf den Extremitäten typische, akneiforme, nekrotisierende Tuberkulidknötchen. Eine einmalige Injektion von Alttuberkulin ergibt Temperatursteigerung (38° C) und deutliche Anschwellung der frischen Lupus erythematodes-Plaques. 2. Ein Mädchen mit ausgedehnten Narben von skrofulösen Drüsen des Halses und einem flachen, schuppenden Lupus erythematodes auf den pernioartig geröteten Händen. Besonders interessant ist der Lupus erythematodes an den Händen dieses Mädchens. Er gehört zu jenen, welche Hutchinson als „chilblain lupus" (Lupus pernio) beschrieben hat. Jahrelang wurde nun darüber gestritten, ob der Lupus pernio ein Lupus erythematodes oder ein Lupus vulgaris sei, weil man



nicht beachtet hat, daß es sich um zwei ganz differente Formen handelt. 3. Ein Knabe von 17 Jahren, mit einer Narbe eines skrofulösen Drüsenabszesses in inguine und kleinen Formen von papulonekrotischen Tuberkuliden. Nach einer Tuberkulininjektion (1 Dezimilligramm) schossen neue Knötchen von Tuberkulid auf, wie man es nur bei typischen Formen von Lichen scrophulosorum, der tuberkulöse Struktur hat, zu sehen gewohnt ist. Die vorgestellten Fälle sind für die Frage der Hauttuberkulose von Interesse. Ehrmann hat in einzelnen Fällen, auch in papulonekrotischen Tuberkuliden — die sonst nur Degenerationen an den Gefäßen, Thrombosen in den Venen und Nekrose zeigen — Riesenzellen gefunden, so daß sich die Grenze zwischen echter Hauttuberkulose und den Tuberkuliden immer mehr und mehr verwischt.

Eduard Lang macht darauf aufmerksam, daß Kombination von typischem Lupus erythematodes mit typischem Lupus vulgaris bei einem und demselben Individuum höchst selten konstatiert worden ist. Er habe eine solche Kombination von klinisch typischem Lupus erythematodes bei einem Individuum, das Jahre hindurch an dieser Krankheit gelitten hat, mit typischem Lupus vulgaris, der erst in der letzten Zeit hinzugetreten war, vor mehreren Jahren beobachtet und diese Beobachtung auch durch die histologische Untersuchung bestätigt gefunden.

Friedrich Necker demonstriert einen Patienten mit multiplen kartilaginösen Exostosen. Aus einem dieser Knochentumoren entwickelte sich im Laufe von zwei Jahren ein mehr als mannskopfgroßes Osteosarkom, das durch Druck auf den Plexus cervicobrachialis (VIII. Zervikal- und I. Dorsalsegment) zu Atrophien der Handmuskulatur ohne Sensibilitätsstörungen, Ptosis und Pupillenverengerung am rechten Auge, sowie zu einer radiologisch deutlich nachweisbaren Knochenatrophie des rechten Armes führte. Auch eine an der Hinterfläche der rechten Tibia lokalisierte Exostose scheint ebenfalls sarkomatös degneriert zu sein. Auch die 22jährige Tochter des Patienten weist ebenfalls zahlreiche kartilaginöse Exostosen auf, was für die Heredität dieser Geschwülste spricht.

A. Frh. v. Eiselsberg stellt einen Fall von ausgedehnter Nekrose des Oberkiefers vor (Phosphornekrose). Durch fast kontinuierliche Applikation der Stauungsbinde am Halse scheint der Sequester am Wege der Lösung zu sein und soll demnächst operativ entfernt werden.

Wilhelm Latzko berichtet im Anschlusse an diese Demonstration über einen Fall von Phosphornekrose bei Osteomalazie. Nach mehrjährigem Phosphorgebrauch in normaler Dosis kam es im Anschluß an eine Zahnkaries zur Periostitis, Oberkiefernekrose, und ging die Patientin unter Erscheinungen der Sepsis zugrunde. Diese Beobachtung ist geeignet, das Zustandekommen der Phosphornekrose in neuem Lichte erscheinen zu lassen. Die Nekrose ist nicht die Folge einer direkten Einwirkung der Phosphordämpfe auf den Knochen, sondern indirekte Folge einer chronischen Phosphorvergiftung.

Weiters zeigt v. Eiselsberg ein $7^1/_2$jähriges Kind mit Makroglossie wegen Lymphangiom vor. Vor vier Jahren wurde an der Klinik eine Exzission vorgenommen, wodurch die Zunge wesentlich verkleinert wurde. Im Laufe der letzten Jahre wuchs die Zunge schneller, als dem Wachstum des Kindes entsprach; seit acht Tagen lebhafte Beschwerden (Atemnot, Schluckbeschwerden), die auf Eisbehandlung zurückgingen. Infolge der Makroglossie besteht eine Ausbiegung des Kiefers (Ektropium).

Leopold Müller erwähnt einen Fall von Makroglossie, der allem Anscheine nach luetischer Natur war, da er auf eine spezifische Behandlung binnen acht Tagen fast vollständig sich zurückbildete.

v. Eiselsberg hält es nicht wahrscheinlich, daß Jod in dem demonstrierten Falle wirksam wäre, da die mikroskopische Untersuchung Lymphangiom ergeben hatte.

Otto v. Frisch stellt einen 18jährigen Schlosser vor, bei dem seit einem Jahre eine Skoliose im oberen Lendenabschnitt besteht. Diese könnte bedingt sein durch: 1. Traumatische Verletzung; 2. Neubildung; 3. Karies und 4. angeborene Mißbildung. Gegen 1., 2. und 3. spricht das Röntgenbild, abgesehen vom sonstigen Befund. Eine angeborene Verbildung des zweiten Lendenwirbels — etwa eine Verschmelzung desselben mit einem überzähligen Rudiment — kann hier — speziell nachdem die sub 1. und 2. angeführten ursächlichen Momente manches gegen sich haben — nicht von der Hand gewiesen werden. Daß die Skoliose erst im 17. Jahre auftrat, spricht nicht gegen diese Erklärung, indem wir wissen, daß angeborene Verbildungen von Wirbeln sehr wohl erst viel später zur Rückgratverkrümmung führen können.

Weiters stellt Frisch einen zweiten Fall vor, der eine 33jährige Bäuerin betrifft, die im Oktober v. J. von der Welle einer Maschine erfaßt, emporgehoben und auf den Boden geschleudert wurde. Es trat Lähmung ein, die sich erst nach neun Wochen allmählich zurückbildete. Das Röntgenbild zeigt hier eine Luxation der Lendenwirbelsäule nach links hin, und zwar hat die Verschiebung um fast eine ganze Wirbelbreite stattgefunden.

Guido Engelmann nimmt als Ursache der entstandenen Skoliose bei dem Patienten eine Luxationsfraktur nach Sturz von einer Leiter mit entsprechender Achsendrehung der Lendenwirbel an.

v. Frisch erwidert Engelmann, daß auf Grund der an der Klinik v. Eiselsberg angefertigten Röntgenbilder der in Frage stehenden Wirbelsäule die Diagnose einer Fraktur nicht gestellt werden kann.

Rudolf Müller demonstriert Versuche aus einer gemeinsamen Arbeit von Landsteiner, Müller und Poetzl über die von Wassermann und Plaut beschriebene Komplementbindung durch die Zerebrospinalflüssigkeit von Kranken mit progressiver Paralyse, die bekanntlich darin besteht, daß die Zerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern, mit Syphilismaterial zusammengebracht, unter richtig gewählten Bedingungen die Wirksamkeit eines hämolytischen Systems aufhebt. Vortragender und die angeführten Autoren kamen zu folgenden Ergebnissen: Bei Dementia paralitica ließ sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Hemmung der Hämolyse nachweisen, während dies bei anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems, z. B. Dementia praecox, Delirium tremens, Herderkrankungen, nicht der Fall ist. Die Zerebrospinalflüssigkeit der untersuchten Paralytiker erwies sich auch an und für sich (allerdings in größeren Dosen als bei der Wassermannschen Reaktion angewendet) in den meisten Fällen, im Vergleich mit den anderen Spinalflüssigkeiten, als stärker antihämolytisch wirkend. Diese hemmende Wirkung der Spinalflüssigkeit (ohne Antigen) trat besonders deutlich bei Zusatz von $^1/_2$%iger Karbolsäure ein; sie wurde durch Erhitzen der Flüssigkeit (z. B. auf 80°) beeinträchtigt. Die antihämolytische Wirkung der Spinalflüssigkeit als solche ist diagnostisch vielleicht von ähnlicher Dignität wie die Wassermannsche Reaktion. Hemmungsreaktionen von gleicher Intensität, wie beim Zusammenbringen der Zerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern mit Syphilismaterial, ließen sich auch durch Vermischen derselben Spinalflüssigkeiten mit einem anderen Material, nämlich mit Extrakten aus Condylomata acuminata erzielen. Auch diese Reaktion wurde durch Erhitzen der Spinalflüssigkeit aufgehoben. Die Frage, ob die von Wassermann und Plaut entdeckte Erscheinung wirklich auf das Vorhandensein spezifischer, syphilitischer Antikörper zu beziehen ist, erscheint demnach den Autoren noch nicht entschieden und ist die Möglichkeit jedenfalls in Betracht zu ziehen, daß Reaktionen zwischen nicht spezifischen Substanzen die Komplementbindung bewirken.

Rudolf Kraus berichtet über Versuche, deren Resultat bereits sein Mitarbeiter Volk am dermatologischen Kongreß in Bern mitgeteilt hat. Diese Versuche beziehen sich auf Hemmung der Hämolyse durch Serum. Seren von normalen Menschen und von solchen, die in eruptiven Stadien der Syphilis sich befanden, wurden mit Extrakten von Primäraffekten vermischt und da zeigte es sich, daß nicht nur Seren von syphilitischen Menschen, sondern auch solche von nor-

malen Menschen in gleichen Werten (0·1 bis 0·05) Hemmungen der Hämolyse ergaben. Weitere Versuche in dieser Richtung haben ebenfalls gezeigt, daß auch normale Seren in gleichen Werten, wie sie von Wassermann, Neisser und Bruck als spezifisch für Syphilis angegeben werden. Komplementablenkung bewirken; so hat in letzter Zeit Ranzi nach im Institut ausgeführten Untersuchungen bestätigen können, daß normalem Serum hemmende Eigenschaften zukommen. Manche Seren hemmen bereits die Hämolyse allein, ohne Zusatz von Extrakten normaler Organe. Andere Seren lenkten wieder nur in Kombination mit Extrakten von normalen Organen ab. Es dürfte hier eine Summierung der hemmenden Eigenschaften zustande kommen. Immerhin lehren die quantitativen Bestimmungen, daß die hemmenden Eigenschaften normaler Seren und Extrakte normaler Organe so groß sind, daß sie den von Wassermann, Neisser und Bruck als spezifisch für Syphilis angegebenen gleichkommen. Sind nun die komplementablenkenden Eigenschaften des Serums von Syphilitikern nicht größer als die von Neisser und Bruck nachgewiesenen, so sind wir auch nicht berechtigt, vorderhand von nachgewiesenen Antikörpern bei Syphilis zu sprechen.

Heinrich Albrecht berichtet über Versuche, die er mit Dr. Weiß (Assistent am Wilhelminen-Kinderspital ausgeführt hat. Die Untersuchungen betreffen etwa 200 Fälle von an Pneumonie nach Pertussis verstorbenen Kindern und über 70 Sputa von pertussiskranken Kindern. In allen diesen Fällen konnte der Bacillus pertussis Eppendorf mikroskopisch und fast immer kulturell nachgewiesen werden. Dieser Bazillus wurde zuerst von Jochmann und Krause in einer größeren Anzahl von Keuchhustenfällen gefunden; anfänglich wurde demselben von den Entdeckern ätiologische Bedeutung zugeschrieben, welche Ansicht sie jedoch verließen, um in ihm nur einen Saprophyten der Respirationswege zu sehen. Vortragender ist nicht dieser Ansicht, da er zu wiederholten Malen bei Pertussis metastatische Abszesse, Meningitis, Perikarditis, Peritonitis (also Septikopyämie) durch ebendenselben Bazillus erzeugt, an der Leiche konstatieren konnte. Redner betont, daß sich der in Rede stehende Bazillus (Bacillus pertussis Eppendorf) weder von dem Influenzabazillus bei Masern- und anderen Pneumonien der Kinder, noch von dem nach Pfeiffers Beschreibung allgemein als Bacillus influenzae angesprochenen Mikroorganismus durch irgendwelches morphologisches oder biologisches Merkmal unterscheiden läßt. Albrecht und Weis haben nun versucht, Kaninchen mit dem Pertussisinfluenzabazillus zu immunisieren, um die eventuelle Agglutininbildung des Serums zu prüfen. Das Serum solcher Immuntiere liefert ziemlich hohe Agglutinationswerte, wenn man zur Agglutination Bazillen verwendet, die eine Stunde auf 60 bis 62° erhitzt wurden. Der homologe Stamm wird mindestens bis auf 1 : 1400, andere Pertussis-Influenzastämme bis auf 1 : 600 bis 700 agglutiniert. Das Blut von an Pertussis kranken Kindern zeigt jedoch keine Agglutinationsfähigkeit, wie dies übrigens schon von Bordet angegeben ist. Bei diesen Immunisierungsversuchen ergaben sich interessante pathologisch-anatomische Befunde. Es gelang nach mehrfacher intravenöser Injektion von in Bouillon aufgeschwemmten Bazillen (ein bis zwei Normalösen) eine Endokarditis der Mitralklappen zu erzeugen. Redner zeigt an dem demonstrierten Mitralklappenpräparate an beiden Zipfeln über erbsengroße endokarditische Auflagerungen, aus welchen massenhaft mikroskopisch und kulturell der Bacillus influenzae sich wieder nachweisen ließ. Weiters zeigt A. an dem zur Demonstration mitgebrachten frischen Präparate, daß das rechte Herz hochgradig erweitert und ganz auffallend gelblich gefärbt sei. Auch in der Leber sieht man den Azini entsprechend, eine feine gelblichweiße Zeichnung. Es handelt sich hier um direkte Verkalkung (Kalkimprägnation) der Herzmuskelfasern und der Leberzellen, wohl nach vorausgegangener Degeneration und Nekrose. Diese Ergebnisse des Tierexperimentes könnten vielleicht die oft klinisch zu beobachtende schwere Schädigung des Herzmuskels bei Influenza mit nur geringfügigen bestehenden Krankheitsherden erklären. Das von Bordet im vorigen Jahre in einigen ganz frischen Keuchhusten isolierte Bakterien, das er nach seinen Untersuchungen für den wahren Erreger der Krankheit hält, konnte von A. nicht nachgewiesen werden. *i. m.*

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Innere Sektion.

Sitzung vom 21. März 1907.

R. W. Philip (Edingburgh): Die Organisation und das Zusammenwirken antituberkulöser Maßnahmen; die Fürsorgestelle als Mittelpunkt. An der Tuberkulosebekämpfung, die eine der wichtigsten Fragen der Gegenwart bildet, hat besonderes Interesse für Österreich. Die Bekämpfung der Tuberkulose wird in den zivilisierten Ländern in verschiedenem Umfange durchgeführt, eine weitere Ausdehnung derselben ist eine dringende Notwendigkeit. Die Einführung besserer hygienischer Verhältnisse setzt die Zahl der Erkrankungen an Tuberkulose herab. Die Tuberkulose muß nach eigenen Grundsätzen behandelt werden, weil diese Krankheit Eigentümlichkeiten aufweist, welche anderen Infektionskrankheiten nicht zukommen, wie der meist chronische Verlauf und ihre große Verbreitung. Schwere Fälle sollen in besonderen Anstalten isoliert, leichtere in Sanatorien, noch leichtere in Arbeitskolonien untergebracht werden, in manchen Fällen wird eine Aufklärung über das Wesen der Krankheit und über eine entsprechende Lebensführung genügen. Philip schlägt folgenden Operationsplan vor: die Anzeigepflicht, die Fürsorgestelle, das Krankenhaus, das Sanatorium und die Arbeitskolonie. Die Fürsorgestelle bildet den Mittelpunkt dieser Institutionen, da sie die Kranken aufnimmt, untersucht und den für sie passenden Anstalten zuweist, außerdem die sonstigen prophylaktischen Maßnahmen gegen die Verbreitung der Krankheit durchzuführen hat. Philip gründete in Edinburgh im Jahre 1887 die erste Fürsorgestelle „Victoria Dyspensary“, dann folgten die Dispensaires und Fürsorgestellen in Belgien, Frankreich und Deutschland. Das Programm der Victoria Dispensary ist folgendes: In demselben werden die Kranken und deren Auswurf untersucht, über jeden Fall wird eine Krankengeschichte geführt, die Patienten werden entweder einer passenden Anstalt zugewiesen oder in Heimpflege belassen, wobei ihnen Belehrung über ihr Verhalten, sowie über die Maßnahmen zur Verhütung der Infektionsgefahr für ihre Umgebung erteilt wird. Sie erhalten Medikamente, Spuckflaschen und Desinfektionsmittel; das Zusammenarbeiten mit anderen Wohltätigkeitsvereinen ermöglicht es, daß den Kranken auch Nahrungsmittel gegeben werden können. Die Kranken bleiben dauernd in Beobachtung der Fürsorgestelle. Das Personal derselben besteht aus vier Ärzten, von welchen einer honoriert wird und aus einem geschulten Pflegerinnenpersonale, außerdem teilt sich ein freiwilliges Damenkomitee mit den Ärzten und den Pflegerinnen in der Überwachung der Kranken im Hause. Außerdem werden in der Hilfsstelle, welche täglich drei bis vier Stunden offen ist, Auskünfte, welche in das Gebiet der Tuberkulosebekämpfung fallen, gegeben. Eine Analyse der letzten in der Fürsorgestelle beobachteten 1000 Fälle ergibt folgende Tatsachen: Die Infektion war in 614 Fällen erwiesen, in 117 wahrscheinlich und in 269 unbestimmt. In einem Bett zusammen mit einer oder mehreren Personen schliefen 659 Patienten, in einem Zimmer allein schliefen 231, in einem Bett allein (mit anderen Personen in demselben Zimmer) 110 Patienten. Die Tuberkuloseverbreitung lief mit der Wohnungsdichtigkeit parallel; wenn man bedenkt, daß die 1000 Patienten mit noch anderen 5143 Personen zusammenwohnten, so sieht man, daß jeder einzelne Fall durchschnittlich mehr als fünf Personen gefährdete. Es ergab sich auch, daß von den 167 Personen, welche mit anderen in einem Zimmer wohnten, oft mehrere in derselben Wohnung lebende Personen infiziert wurden. Die Wohnungen, in welchen Tuberkulose gelebt haben, werden auf Kosten der Stadt desinfiziert. In die unter ärztlicher Auf-

sicht stehenden Arbeitskolonien werden entweder ganz leichte Fälle direkt von der Fürsorgestelle oder behandelte Fälle aus den Sanatorien überwiegen. Bei geschickter Leitung könnten solche Kolonien ihren eigenen Aufwand bestreiten.

Theodor Escherich fragt, ob die Sterblichkeit an Tuberkulose unter dem Einflusse der Fürsorgestellen zurückgegangen sei.

Philip erwidert, daß die Mortalität an Tuberkulose in Edinburgh seit der Gründung der Fürsorgestelle beträchtlich zurückgegangen sei, der Anteil der Fürsorgestelle ist sehr schwer ziffermäßig festzustellen; doch ist es sicher, daß das Institut viel zum Absinken dieser Mortalität beigetragen hat, ebenso, daß in vielen Fällen eine Heiminfektion verhütet wurde.

Auf die Anfrage Hermann Telekys, ob das Institut auf öffentlichen Kosten oder durch private Wohltätigkeit gegründet wurde und erhalten wird, antwortet Philip, daß die private Wohltätigkeit den meisten Anteil habe, auch werden die Anzeigen von Tuberkulosefällen honoriert.

Maximilian Sternberg betont die besonders beachtenswerten Momente, das „aggressive“ Vorgehen gegenüber der Tuberkulose und die Kooperation sämtlicher in Betracht kommender Institutionen. Das Prinzip, jeden Fall von Tuberkulose in allen seinen Beziehungen im Hause und in der Familie zu verfolgen, stehe im Gegensatze zu dem bisher von den Ärzten geübten, aber erfahrungsgemäß bei Tuberkulose unzureichenden Verfahren, die in den Ambulatorien sich meldenden Kranken daselbst mit Arzneien und therapeutischen Ratschlägen zu versehen.

Hermann v. Schrötter weist darauf hin, daß auch bei uns von seiten des Staates, des Landes und von seiten der Militärbehörden im Kampfe gegen die Tuberkulose sehr viel ersprießliches geleistet worden ist, daneben seien aber die großen Schwierigkeiten zu berücksichtigen, die sich bei uns entgegenstellten und die in England, wo seit Jahrhunderten eine wohlorganisierte Privatwohltätigkeit besteht, entfallen. Auch das Krankenpflegerpersonal sei in England ein viel besseres.

i. m.

VI. Aus der Praxis.

(Fortsetzung.)

Über die Behandlung der Erkrankungen des äußeren Ohres. Von Prof. Dr. Albert Denker.

Im Anschluß an Erfrierungen und Verbrennungen und besonders durch traumatische Ursachen bedingt, kommt es bisweilen zu einer Perichondritis der Ohrmuschel; eine solche ist auch von einigen Autoren nach der Totalaufmeißelung des Warzenfortsatzes mit nachfolgender Plastik aus dem knorpeligen Gehörgang und der Ohrmuschel beobachtet worden. In ganz frischen Fällen ist eine antiphlogistische Behandlung mit Eisumschlägen erlaubt, oder man kann versuchen, durch Bepinselung mit Jodtinktur das perichondritische Exsudat zur Resorption zu bringen. Ist jedoch bereits Fluktuation vorhanden, so muß man große Inzisionen in vertikaler Richtung vornehmen, die sich nicht auf die Partie beschränken dürfen, wo Fluktuation nachweisbar ist, sondern durch die ganze entzündete Partie gehen müssen; nekrotische Knorpel und Granulationen sind mit dem scharfen Löffel zu entfernen; nach Einstäubung von Jodoform und Einführung eines Jodoform- oder Vioformgazestreifens, wird die Ohrmuschel von rückwärts unterpolstert und trocken verbunden. Auf diese Weise gelingt es, die bei unzweckmäßiger Behandlung auftretenden schweren Entstellungen der Ohrmuschel zu vermeiden oder wesentlich einzuschränken.

Einer ähnlichen Behandlung wie die Perichondritis bedarf die Phlegmone der Ohrmuschel, die ebenfalls nach Verletzungen, Insektenstichen und gar nicht selten im Anschluß an das Durchstechen des Ohrläppchens auftritt. Bei dieser, gewöhnlich mit starker Schmerzhaftigkeit und Temperatursteigerung einhergehenden Erkrankung kommt es in der Regel zu starken Schwellungen, durch welche die verschiedenen Erhabenheiten und Vertiefungen der Muschel ausgeglichen werden. Meistens tritt Abszedierung ein; Gangränbildung zeigt sich in Fällen, wo es sich zugleich um eine schwere Allgemeininfektion handelt. Ist es noch nicht zur Abszeßbildung gekommen, so kann auch hier die antiphlogistische Behandlung versucht werden; ist sie jedoch bereits eingetreten, so kann nur durch eine chirurgische Behandlung, wie bei der Perichondritis Hilfe gebracht werden.

Eine nicht sehr seltene Affektion der Ohrmuschel ist das Erysipel, das von Exkoriationen und Rhagaden an der Ohrmuschel oder dem Ohreingang ausgehen oder auch sekundär von der Kopfhaut auf das Ohr übergehen kann. Es wird in der gleichen Weise wie das Kopferysipel behandelt.

Eine höchst seltene Affektion der Ohrmuschel und ihrer Umgebung ist die Noma, die im übrigen auch an der Wange und an den Genitalien beobachtet worden ist.

Herpes der Ohrmuschel wird im Beginne der Erkrankung, wenn auf entzündlich gerötetem Grunde Bläschen entstehen, durch Einpulvern mit Amylum und Borpulver, im späteren Stadium durch Bestreichen mit Zinkpaste behandelt.

Lupus der Ohrmuschel lokalisiert sich am häufigsten am Lobulus, wo die Tuberkelbazillen wohl meistens an den Ohrringlöchern eindringen. Im Anschluß an lupöse Geschwürsbildung kann es dabei zu starker Hypertrophie des Gewebes kommen, so daß sich dann das Ohrläppchen in einen großen Tumor verwandelt, der nur durch Exstirpation gründlich geheilt werden kann. Lupöse Knötchen verheilen bisweilen, ohne zu ulzerieren, unter Narbenbildung.

Als selten an der Ohrmuschel vorkommende Erkrankungen sind beobachtet Lichen ruber, Pityriasis und Psoriasis, die der gleichen Behandlung wie am übrigen Körper bedürfen.

Syphilitische Primäraffekte sind an der Ohrmuschel selten, häufiger dagegen im Gehörgang als Kondylomata lata gesehen worden; sie erfordern selbstverständlich eine antiluetische Therapie.

Die weitaus häufigste Erkrankung der Ohrmuschel ist das Ekzem, das sich vielfach zugleich auf den Gehörgang erstreckt. Dasselbe neigt außerordentlich zu Rezidiven, weil sich an der hinteren Insertionslinie der Ohrmuschel und am Eingang in den Gehörgang Rhagaden zu bilden pflegen, von denen aus immer wieder neue Nachschübe entstehen. Während im kindlichen Alter häufiger die nässenden Formen (Ekzema rubrum und impetiginosum) auftreten, finden wir bei Erwachsenen häufiger die mit Schuppenbildung einhergehenden, trockenen Formen von Ekzema squamosum, das seine Prädilektionsstelle am Meatuseingang und in der Koncha hat. Bei der Behandlung muß man vor allem nach dem Ausgangspunkte des Ekzems suchen und in erster Linie feststellen, ob nicht eine vielleicht schwer erkennbare Trommelfellperforation und eine Mittelohreiterung vorhanden ist. Besteht die letztere, so muß sie durch antiseptische Behandlung beseitigt werden, wodurch in der Regel zugleich das Ekzem verschwindet. Ohrringe dürfen von Personen, welche zu Ekzem der Ohrmuschel neigen, nicht getragen werden. Im akuten Stadium kommt man gewöhnlich mit indifferenten Mitteln (Einpudern, Salben) schnell zum Ziel; dagegen erfordert die Behandlung des chronischen Ekzems, bei dem es zu entzündlicher Schwellung des Koriums gekommen ist, oft große Geduld und Ausdauer. Borken werden mit Unguentum diachylon (Hebra), Borsalbe oder Tumenolsalbe aufgeweicht, die man über Nacht liegen läßt; am nächsten Morgen wird die ganze erkrankte Partie nach schonender Entfernung der Borken mit einer trockenen Schicht von Amylum oder Zincum oxydatum zu gleichen Teilen mit Acidum boric. laevigat. bedeckt. Es empfiehlt sich, die Salben nicht durch einfaches Aufstreichen, sondern durch einen Verband zu applizieren, durch den zugleich verhindert wird, daß die Patienten im Schlaf mit dem Fingernagel von neuem Infektionserreger hereinbringen. Bringt die angegebene Behandlung keinen Erfolg, so ist die Lassarpaste mit und ohne Salizyl (1—2%) zu versuchen, die täglich zweimal aufgetragen werden muß. Bei Eczema squamosum sieht man den besten Erfolg von Teerpräparaten (Ol. Rusci, Ol Cadini) und vor allem von Naphthalan. Dieselben werden nach möglichst

sorgfältiger Entfernung der Schuppen mit watteumwickelter Sonde oder einem verkürzten Kamelhaarpinsel täglich aufgetragen. Wenn das Ekzem in den Gehörgang hineinreicht und noch einzelne, kleine, sezernierende Stellen auf der schuppenden Fläche vorhanden sind, so leisten häufig Bepinselungen mit 3—4%iger Höllensteinlösung gute Dienste. Es ist streng zu vermeiden, daß die ekzematöse Ohrmuschel mit Wasser in Berührung kommt, und man tut gut, auch nach Abheilung der Erkrankung noch eine Zeitlang an Stelle der Waschungen mit Wasser spirituöse Abreibungen treten zu lassen.

Bei schwächlichen, skrofulösen Kindern ist außerdem eine Allgemeinbehandlung einzuleiten; es muß die Verdauung geregelt, eventuell eine Änderung in der Ernährungsweise herbeigeführt und Lebertran und Phosphor verabreicht werden.

Ist es durch Vernachlässigung des Ekzems zu tief bis auf den Knorpel greifenden Ulzerationen gekommen, so greift man am besten zu Tuschierungen mit dem Höllensteinstift mit nachfolgendem Salbenverband. (Forts. folgt.)

*

Der therapeutische Wert des neuen Antigonorrhoikums „Arhovin“. Von Universitätsprofessor Dr. Ad. Fasano, Neapel.

Arhovin, das neuerdings sehr in Aufnahme gekommene Antigonorrhoikum, veranlaßte Professor Fasano ebenfalls zu Nachprüfungen bei Gonorrhöe, Zystitis usw. Die sehr eingehenden Versuche wurden an Männern und Frauen sowohl intern als auch extern vorgenommen und unzweifelhaft festgestellt, daß nach Einnehmen des Arhovins (drei- bis sechsmal täglich 1—2 Kapseln a 0·25 *g*) der Harn bakterizide Kraft annimmt und durch Sterilisierung der Harnwege die Entwicklung der Gonokokken nach kurzer Zeit unterbindet. In besonders hartnäckigen Fällen wurde eine Arhovinöllösung (Arhovin 5·0, Ol. Olivar ad 100·0) in die Harnröhre injiziert oder mit einer 2%igen Arhovinöllösung Blasenausspülungen gemacht. Auch benutzt Fasano vielfach die Arhovinbacilli und Arhovinglobuli, letztere bei Zervikalkatarrh der Frauen. In allen Fällen erwies sich das Arhovin als ein schnellwirkendes Harndesinfiziens, welches trüben ammoniakalischen Harn bald klärte, säuerte und von pathogenen Bakterien befreite. Magenbeschwerden oder Nierenreizung wurden niemals beobachtet. (Archivio internazionale die Medizina e chirurgia Nr. 20. 1905.)

*

Einen bemerkenswerten Beitrag zu der bekannten Wirkung des **Pyrenols** bei Pneumonie liefert eine Dissertation von H. Keiner, Berlin 1906, „Medikamentös-therapeutische Erfahrungen bei kruppöser Pneumonie“, aus der inneren Abteilung des städtischen Luisenhospitales zu Dortmund. In keinem der 25 mit Natrium benzoicum behandelten Fälle sind Symptome aufgetreten, die auf eine ungünstige Wirkung des Mittels schließen ließen. Verf. erhielt den Eindruck, daß der Verlauf sich weniger aufregend gestaltete als unter der Herrschaft der bisher gebrauchten Mittel Chinin, Ureosotal, Digitalis usw. Bei den Versuchen mit der Darreichung des Pyrenols (Dosis: 0·5 *g*, zwei- bis dreistündlich) wurde die bemerkenswerte Beobachtung gemacht, daß bei sechs am dritten und vierten Krankheitstage aufgenommenen Fällen ein prompter Ablauf der Krankheit stattfand. Verf. hat einen „günstigen Eindruck von der therapeutischen Dignität des Pyrenols bei Pneumonie“ erhalten. Er ist von der Zweckmäßigkeit und Unschädlichkeit des Mittels, die es im Gegensatz zu vielen neuen Präparaten besitze, überzeugt. Er resumiert: Unter den zur Verwendung gekommenen Mitteln haben wir von dem Natrium benzoicum und dem Pyrenol den besten Eindruck erhalten.

VII. Notizen.

Die Ärzte Deutschlands im Jahre 1906. Die Zahl betrug 30.931. Die absolute Zahl der Ärzte hat in den Jahren 1901—1906 zugenommen, doch scheint die seit 20 Jahren beobachtete starke Zunahme der Ärztezahl ihr Ende erreicht zu haben. Nimmt man an, daß die große jährliche Zunahme der Bevölkerung andauert und daß im Jahre etwa 550 Ärzte durch Sterbefall ausscheiden, so müssen im Jahre in Deutschland etwa 1000 Ärzte in die Praxis eintreten, um das Verhältnis von 5·10 Ärzten auf 10.000 Einwohner im Bestand zu erhalten. Da die medizinische Ausbildung sechs Jahre in Anspruch nimmt, so wird dies erreicht, wenn die Zahl der Medizinstudierenden 6000 beträgt. Diese war im Sommer 1906 (6683.) In den einzelnen Teilen Deutschlands zeigt die Entwicklung der Ärztezahl mannigfache Verschiedenheiten. Von besonderem Interesse ist die Entwicklung der Ärztezahlen in den Großstädten (über 100.000 Einwohner). Bei der Zählung von 1905 wurden in Deutschland 41 Orte mit mehr als 100.000 Einwohnern ermittelt. So hat Berlin im Jahre 1906 3196 Ärzte, das ist 12·1 auf 10.000 Einwohner, die der Verhältniszahl im Jahre 1901 mit 2786 Ärzten gleich geblieben ist. In den meisten Großstädten ist die Verhältniszahl der Ärzte annähernd gleich groß geblieben, größere Zunahme zeigen München, Karlsruhe, Straßburg, auch Dortmund und Krefeld, welche zwei letztere sehr kleine Ärztezahlen haben; eine größere Abnahme findet sich in Königsberg, Kiel, Dresden, Stuttgart (von 11·4 auf 9·7) und in den drei großen Arbeiterstädten des Westens, Essen, Bochum und Gelsenkirchen, die sich wie andere Industriestädte durch niedere Ärztezahlen auszeichnen. Bedeutend ist die Zunahme der Spezialärzte in allen Städten; meist ist sie größer als die Zunahme der gesamten Zahl der Ärzte; sie betrug:

	bei allen Ärzten	bei den Spezialärzten
in Berlin usw.	410	456
„ München	127	187
„ Dresden	45	47
„ Frankfurt a. M.	55	46

Über Scheffels Krankheit. Mit einem Anhang: Kritische Bemerkungen über Pathographie. Von P. J. Möbius. Preis 1 Mk. Verlag Karl Marhold. Im Anschlusse an seine Schrift über Robert Schumanns Krankheit hat M. in diesem neuen Hefte die Krankheit Jos. V. Scheffels beschrieben. Beide Männer sind, wenn auch in verschiedener Form, von demselben Leiden betroffen worden. Jeder wird mit Teilnahme von den schweren Leiden des scheinbar so frohgemuten Sängers Scheffel lesen, von dem Schicksal, das seine Kraft in ihrer Blüte brach. In einem Anhange setzt sich M. mit verschiedenen Einwürfen auseinander, die ihm Schumanns wegen von ärztlicher Seite her gemacht worden sind, und er benutzt diese Gelegenheit zu einigen theoretisch wichtigen Erörterungen.

Im Verlage von Otto Weber in Heilbronn a. Neckar erscheint Webers Moderne Bibliothek. (Alle 14 Tage ein abgeschlossener Band a 20 Pfg. mit 128—160 Seiten.) Diese bekannte und beliebte Roman- und Novellen-Sammlung umfaßt jetzt 95 Bände mit sorgfältig ausgewählten Erzählungen der beliebtesten Schriftsteller. Der abwechslungsreiche Inhalt der gut ausgestatteten und hübsch illustrierten Bände trägt jedem Geschmack Rechnung und befriedigt auch weitgehendere Ansprüche, weshalb alle Liebhaber einer interessanten, anregenden Lektüre auf Webers Moderne Bibliothek hingewiesen seien. Bestellungen vermitteln alle Buchhandlungen. Verzeichnisse kostenlos, auch direkt vom Verlage.

VIII. Bibliographie.

Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin. Bd. 7, Heft 4. Über Zystitis. Von Dr. Felix Schlagintweit, München. Würzburg, A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch) 1907. Mk. —·75.

Sechzig Jahre ärztlicher, amtlicher und schriftstellerischer Tätigkeit (1846—1907). Von Dr. Oskar Schwartz. Köln 1907. Verlag J. P. Bachem.

Behring-Werk. — Mitteilungen. Heft 2. Stuttgart und Leipzig. — Deutsche Verlagsanstalt.

IX. Eingesendet.

Kundmachung. Aus dem Erträgnisse der Dr. Josef Singerschen Stiftung ist von dem Wiener medizinischen Doktoren-Kollegium an eine arme bejahrte Witwe oder an eine schon gegen 50 Jahre alte verweiste arbeitsunfähige Tochter eines Doktors der Medizin, welcher an der Wiener Universität den Doktorgrad erlangt hat und nicht Mitglied der Witwen- und Waisen-Sozietät des Wiener medizinischen Doktoren-Kollegiums war, eine jährliche Unterstützung von K 160.— auf Lebensdauer zu verleihen. Die Bewerberinnen um diesen lebenslänglichen Stiftungsplatz haben ihren Tauf- oder Geburtsschein, dann den Totenschein ihres Gatten oder Vaters, dessen Original-Diplom über den an der Wiener Universität erlangten medizinischen Doktorgrad und ein legales Armutszeugnis ihrem Bewerbungsgesuche beizuschließen und dasselbe bis längstens 30. Mai d. J. beim Wiener medizinischen Doktoren-Kollegium, I., Rotenturmstraße 19, zu überreichen.

Vom Wiener medizinischen Doktoren-Kollegium.



Aus der med. Universitäts-Poliklinik Freiburg i. B. (Direktor Hofrat L. Thomas.) **Über perkutane Kampferanwendung, speziell bei Lungentuberkulose.** Von Dr. med. Walther Koch. Assistenten. (Berliner klinische Wochenschrift 1904. Nr. 18.)

In Nr. 48 der Berliner klinischen Wochenschrift 1898 veröffentlichte B. Alexander einen Artikel über Behandlung der Lungentuberkulose mit subkutanen Injektionen von Oleum camphoratum.

Autor bediente sich des Kampfers bei der Behandlung der Lungentuberkulose seit fünf Jahren, veranlaßt durch den obengenannten Artikel Alexanders. Koch war mit den erzielten Resultaten recht zufrieden gewesen.

Diesen Patienten aber zumuten zu müssen, sich in der Sprechstunde zu den Injektionen vorzustellen und dadurch sie um ihre Zeit zu bringen, erschien ihm immer als leider unumgängliche Härte. Autor versuchte deshalb den Kampfer auf andere Weise dem Körper einzuverleiben. Per os zu geben, hatte nur Mißerfolge. Ihn per rectum zu applizieren, wie von Criegern es versuchte, hatte denselben Mangel des Zeitverlustes. Autor versuchte es deshalb mit perkutaner Applikation in einer Dosierung, die der Injektion möglichst entsprach. Alle möglichen Salbengrundlagen wurden versucht; die Kranken aber erklärten fast alle, das lange Einreiben sei noch lästiger als die Injektion. und außerdem blieb der gewünschte Erfolg auch aus. Zuletzt blieb Autor bei dem neuen Pertikulan stehen, das die Wollwäscherei und Kämmerei Döhren bei Hannover herstellt und das allen Anforderungen entsprach. Es ist überraschend, wie schnell diese Salbengrundlage durch die Haut durchgeht. „Die Salbe schlüpft durch die Haut", äußerten sich mehrere Patienten.

Die Anwendungsart ist so. daß von dem Inhalt der Zinntube zu 20 *g* (die Zinntuben mußten gewählt werden, um eine genauere Dosierung zu ermöglichen) auf fünf aufeinanderfolgenden Tagen je ein Fünftel in die Haut eingerieben wird, und zwar am ersten Tage ein Arm. am zweiten der andere, am dritten und vierten die Oberschenkel abwechselnd, am fünften der Rücken. Was Autor immer beobachten konnte. war eine starke Vermehrung des Sputums am zweiten und dritten Tage bei leichter Entleerung desselben. Es war manchmal merkwürdig, was für unvermutet große Mengen Sputum entleert wurden. Am vierten Tage ließ die Menge des Auswurfes dann gewöhnlich schon nach, und Autor konnte öfters beobachten, daß nur noch morgens entleert wurde mit leichtem Abgang. Die Besserung des Schlafes wurde allgemein angegeben.

Wie gesagt. hat Autor bei der ganzen Menge von Kranken, die er behandelte, nie wieder eine Lungenblutung beobachtet, kann sich also kein Urteil darüber anmaßen.

Eine Patientin des ersten Stadiums gab mir an, daß auf die Einreibung die Periode, die sonst unregelmäßig und mit Schmerzen verbunden gewesen sei. normal geworden wäre. Ich achtete deshalb auch auf diesen Punkt und fand die Angabe der Patientin zum Teil bestätigt. Ich will damit aber nicht sagen, daß ich die Wirkung der Kampfertheorie zuschreiben will. Ungefähr dreiviertel der Patienten mit Dysmenorrhoe ohne gynäkologischen Befund gaben eine Besserung an, bei den übrigen blieb die Wirkung aus. Daß die Suggestion bei der Behandlung dieses Leidens eine große Rolle spielt, ist bekannt, anderseits ist aber die Beeinflussung der Anämie durch Kampfer eine so günstige, daß ich dem Medikamente eine indirekte therapeutische Wirkung nicht absprechen möchte. Dafür nur einen Fall.

Frau M.. 24 Jahre. II para. Letzte Entbindung vor drei Jahren. Kommt am 11. April in Behandlung. Mäßig genährt, hereditär nicht belastet. Am Herzen anämische Geräusche, Puls 168. Schleimhäute blaß. Gesicht blaß. Kein Appetit. Häufiges Herzklopfen, Puls klein. Periode dauert bis zu zehn Tagen, unregelmäßig, schmerzhaft. Schlaf häufig gestört. Zur Arbeit im Hause unfähig. Therapie: Einreibungen mit Prävalidin.

Nach drei Tagen Puls 110. Appetit gebessert. Schlaf ruhiger. Herzklopfen geringer, kein Angstgefühl mehr. Patientin kann wieder die Treppe steigen und sich im Hause beschäftigen.

Nach acht Tagen stellt sich Patientin wieder vor. Das Aussehen hat sich bedeutend gebessert. Das Allgemeinbefinden ist gut. Patientin kann wieder arbeiten und gehen. Appetit und Schlaf gut. Die anämischen Geräusche bestehen noch, sind aber nicht so laut. Die Eisenpräparate, die ich ihr nun vorschlug, kannte sie alle schon, sie hatte sie ohne Nutzen genommen. Eisentropon war ihr noch unbekannt, das ich gerne gebe, weniger der Eisenwirkung wegen, als weil man den Patienten auf diese Weise die sonst oft ekelerregende Milch beibringen kann. Nach vier Wochen ein neuer Turnus der Einreibungen, zugleich Sol. Fowler. dreimal täglich vier bis sechs Tropfen langsam aufsteigend.

Seit dieser Zeit fühlt Patientin sich vollständig wohl. Die Periode ist normal, die anämischen Geräusche sind bis auf das leise Geräusch an der Herzspitze verschwunden. Der Appetit ist gut, Schlaf gut, Aussehen blühend. Patientin hat um 10 Pfund zugenommen. Kein Herzklopfen. Puls 90.

Wenn Autor auf die Reihe der Patienten, die er in derselben Weise behandelte, zurückblickt und bei denen er ähnliche Erfolge erzielte, so muß er sagen, daß er mit den Resultaten zufrieden war.

Im zweiten Stadium der Lungentuberkulose hat Autor einige Dauererfolge respektive Heilungen zu verzeichnen.

Die expektorierende Wirkung des Kampfers veranlaßte den Autor, denselben auch bei Emphysem und Bronchitis zu versuchen. Die Wirkungen entsprachen meinen Beobachtungen bei Tuberkulose. Zuerst massenhafter Schleimabgang bei erleichterter Entleerung, dann allmähliches Versiegen. Besserung des Schlafes und des Appetits, leichteres Atmen, subjektives Wohlbefinden traten in der kleinen Reihe der Fälle immer ein. Unangenehme Nebenwirkungen hat Autor nicht beobachtet. Bei Emphysem wird wohl die Hauptwirkung in der besseren Expektoration und der Anregung der Herztätigkeit zu suchen sein.



Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

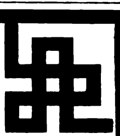
„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.



Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner**, Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 20. Wien, 18. Mai 1907. **Nr. 20.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Kritische Studien zur Immunitätsfrage.

Von **Dr. Bergel**, Hohensalza.

Nachdem man als Ursache gewisser Erkrankungen das Eindringen und die Wirksamkeit von lebenden Infektionskeimen oder deren giftigen Absonderungen in den Körper erkannt hatte, waren es zwei Hauptfragen, welche sich dem forschenden Arzte aufdrängten und im Interesse der Praxis eine möglichst bestimmte Antwort erheischten. Erstens: Unter welchen Umständen und wie wirken die Krankheitserreger schädigend auf den Organismus ein, worin beruht das eigentliche Wesen ihrer Giftwirkung, und zweitens: durch welche Mittel bringt es der Körper fertig, daß viele Infektionskrankheiten ohne unser ärztliches Zutun, lediglich durch innere, im Organismus sich abspielende Vorgänge nicht nur zur Heilung gelangen, sondern in dem Träger nach einmaligem Überstehen eine Unempfänglichkeit gegen ein nochmaliges Befallenwerden hinterlassen? Die Erklärung dieser Erscheinungen mußte nicht bloß hohes wissenschaftliches, sondern auch hervorragend praktisches Interesse haben.

Es sind mehrfach Antworten auf diese Fragen gegeben worden, die zum Teil geeignet erschienen, etwas Licht hineinzubringen in dieses unerforschte und doch so überaus wichtige Gebiet. Wenn man mit Hilfe eines solchen Erklärungsversuches gewisse Einzelbeobachten deuten zu können glaubte, wenn man sogar anscheinend auf Grund dieser Vorstellungen in der Praxis ermutigende Erfolge erzielte, so mußte und konnte man natürlich sehr zufrieden sein; allein es läßt sich nicht leugnen, daß keine der jetzigen Theorien für sich, so geistreich sie auch ersonnen sein mögen und so verblüffend einfach sie anscheinend manches deuten, all die Phänomene, die wir am Krankenbette während des ganzen Verlaufes einer akuten Infektionskrankheit zu beobachten Gelegenheit haben, vollständig zu erklären vermag. Entweder mußte man den Tatsachen Zwang antun, um sie in den Rahmen der Erklärung hineinzubringen, oder man setzte sich mit anerkannten biologischen Begriffen und Gesetzen in Widerspruch oder machte gewagte und unbegründete Annahmen, die keine biologische Unterlage hatten, um schließlich doch den größten Teil der Fragen ungelöst zu lassen. Jedenfalls waren bei einer umfassenden, großzügigen Betrachtung des Ablaufs von Infektionskrankheiten die Lücken, die die Erklärungsversuche ließen, viel größer als die Reihe der Erscheinungen, welche sie zu deuten vermeinten.

Es ist eine nicht bloß in der Medizin, sondern auch in anderen Zweigen menschlicher Wissenschaft oft beobachtete Tatsache, daß manche theoretische Erklärungsversuche zwar einer Einzelerscheinung ziemlich gut angepaßt sind, eine Einzelbeobachtung ziemlich ungezwungen dem Verständnis näherbringen; wenn man aber diese Einzelerscheinung im Zusammenhange mit dem Ganzen, deren Teil sie ist, betrachtet, dann stimmt oft die Deutung nicht mehr, dann kongruiert das theoretisch entworfene Bild nicht mehr mit dem in Wirklichkeit vorhandenen, es decken sich beide vielmehr nur an ganz vereinzelten Punkten. Diese Forderung aber, alle zur Beobachtung gelangenden Erscheinungen einer typischen akuten Infektionskrankheit von ihrem Beginne bis zum Ende ungezwungen und gestützt auf allgemein gültige biologische Gesetze, erklären zu können, muß für die Richtigkeit oder auch nur Wahrscheinlichkeit einer Theorie zur unbedingten Voraussetzung gemacht werden.

Ähnlich liegen die Verhältnisse z. B. bei der Verwertung der Ehrlichschen Seitenkettentheorie für das Verständnis der natürlichen Vorgänge während einer akuten Infektionskrankheit, selbst nur für das Zustandekommen und die Erklärung der Immunität. Wir wollen zunächst einmal untersuchen, inwieweit die Ehrlichsche Theorie in ihren Voraussetzungen begründet, ob sie in allen ihren Folgerungen konsequent durchgeführt ist, ob sie mit allgemein anerkannten theoretischen Vorstellungen und allgemein gültigen biologischen Gesetzen übereinstimmt, ob also die Theorie zunächst in sich selbst festgefügt ist und sodann, inwieweit sie imstande ist, wenigstens den Heilungs- und Immunisierungsprozeß im Verlaufe einer akuten Infektionskrankheit ungezwungen unserem Verständnis näher zu bringen, oder ob andere Erklärungsversuche mehr geeignet sind, den obigen Bedingungen entsprechend, die Gesamtheit der Erscheinungen zu deuten.

Wenn Krankheitserreger in den Körper hineingelangen, so können sie nur dann eine Giftwirkung entfalten, wenn sie passendes Material in demselben vorfinden. Dies bedeutet natürlich nichts anderes, als das Vorhandensein einer chemischen Verwandtschaft zwischen Teilen der Infektionsstoffe und solchen des Körpers. Diese Existenz von Atomgruppen in gewissen Zellmolekülen, welche zu Teilen der Bakterien oder



Toxine eine chemische Affinität besitzen, ist also eine Vorbedingung für das Zustandekommen einer Erkrankung; erst mit dem Eingehen einer chemischen Bindung zwischen Krankheitserreger und Körper ist die Möglichkeit einer Erkrankung geschaffen. Besteht keine solche chemische Affinität zu irgend einem Körperteil, so ist das Virus als indifferent zu betrachten, es kann keine schädliche Wirkung ausüben. Auch Ehrlich nimmt an, daß es für die Empfänglichkeit des Organismus, für das Zustandekommen einer Erkrankung von entscheidender Bedeutung ist, ob der Körper in seinem Innern derartige Stoffe birgt, welche zu einzelnen Teilen der Toxine chemische Affinität besitzen oder nicht. Ist ersteres der Fall, kann der Organismus erkranken, in letzterem Falle bildet das Toxin nur einen indifferenten, reizlosen Fremdkörper.

Ausgehend von den physiologischen Verhältnissen der Nahrungsaufnahme nimmt Ehrlich ähnliche natürliche Vorgänge bei der Toxinerkrankung an. Die löslichen Gifte, von denen wir zunächst sprechen wollen, sollen zweierlei Atomgruppen haben, von denen die eine, sogenannte haptophore Gruppe des Toxins, sich mit einer solchen des Zellmoleküls, dem Rezeptor, verbindet und dadurch erst der anderen, eigentlich giftig wirkenden, toxophoren Gruppe die Möglichkeit schafft, dem Protoplasmarest des Zellmoleküls gegenüber in Aktion zu treten. Es soll nun durch die Bindung der haptophoren Toxingruppe mit dem Rezeptor des Protoplasmas in der Körperzelle ein Defekt entstehen, welcher nicht nur regeneriert, sondern sogar überkompensiert wird, und diese überschüssigen Rezeptoren sollen in die umgebende Gewebsflüssigkeit bezw. in das Blutserum abgestoßen werden. Die Immunität, das heißt die Unempfindlichkeit gegenüber einer nochmaligen Erkrankung solle darauf zurückgeführt werden, daß nun die haptophore Gruppe des Toxins von den in den Körpersäften befindlichen Rezeptoren abgefangen würde, so daß die toxophore Gruppe überhaupt nicht in den Wirkungsbereich des protoplasmatischen Zellmolekülrestes gelangen könne.

Schon dagegen lassen sich verschiedene Einwendungen erheben. Die Annahme z. B., daß durch die chemische Bindung der haptophoren Gruppe des Körpergewebes mit einer solchen des Toxins im ersteren ein Defekt entsteht, welcher eine Regeneration notwendig macht und sogar eine Überkompensation verursacht, ist eine einseitige und willkürliche. Diese Voraussetzung wäre nur dann gerechtfertigt, wenn man lediglich dem Toxin die Möglichkeit zuschreiben dürfte, gewisse Atomgruppen des Körpergewebes an sich zu ketten, aus dem Zellgefüge zu entnehmen, dagegen der lebenden Zelle die Fähigkeit absprechen müßte, passende Atomkomplexe, wie bei der natürlichen Ernährung, auf die ja gerade Ehrlich Bezug nimmt, in ihr Zellmolekül aufzunehmen.

Mit demselben Recht kann man indessen annehmen, daß durch die Verbindung der haptophoren Gruppen der Toxine mit den Rezeptoren, das heißt den aufnahmefähigen Atomgruppen, freie Valenzen des Zellmoleküls, wie sie sich bei den normalen Lebensprozessen permanent bilden, gesättigt werden. Es ist sogar sehr wahrscheinlich, daß die Atomgruppen der Zelle aus dem Gefüge des Toxins chemisch verwandte an sich reißen, um eine durch die Lebensvorgänge freigewordene Valenz zu ergänzen. Es wird also von dem Rezeptor als dem restitutionsbedürftigen Teil der Zelle die haptophore Gruppe des Toxins wie Nährmaterial aufgenommen, es entsteht mithin kein Defekt in der Zelle, sondern es wird gerade umgekehrt ein Defekt durch die Aufnahme der passenden Toxingruppe gedeckt.

Vergegenwärtigen wir uns einmal die physiologischen Vorgänge bei der Nahrungsaufnahme der Zelle. Die lebendige Substanz ist charakterisiert durch den Stoffwechsel. Dieser besteht in dem ununterbrochenen Zerfall und Wiederaufbau einzelner Atomgruppen des Moleküls. Es ist ein biologisch allgemein anerkanntes Gesetz, daß innerhalb des lebenden Gewebes eine wirkliche Ruhe nicht vorhanden ist, sondern daß gerade die Bewegung der Atompruppen im Molekül, die Aufnahme von neuen passenden Stoffen und der Verbrauch der alten ein Kriterium des Lebens bildet, daß das eigentliche Leben der Zelle in einem ununterbrochenen Wechsel seiner einzelnen Bestandteile, in einer unaufhörlich sich wiederholenden Dissimilation und Assimilation besteht. Eine unveränderte Innehaltung, ein Dauerzustand einer bestimmten Atomgruppierung innerhalb des Moleküls ist während des Lebens der Zelle nicht möglich, weil eben jede Tätigkeit, der Stoffwechsel, die Unterhaltung des Lebens, einen permanenten Zerfall und Wiederersatz der einzelnen Bestandteile des Moleküls erforderlich macht. Als Hauptmerkmal für das lebende Eiweiß gegenüber dem toten muß man die lockere, labile Atomgruppierung in ersterem, die stabile Konstitution in letzterem annehmen. (Fortsetzung folgt.)

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

F. Nach längeren Vorarbeiten hat sich endlich auch in Wien eine Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten gebildet. Dr. Frey eröffnete die konstituierende Versammlung mit einer Begrüßungsansprache, in der er auf die hohe Bedeutung des Kampfes hinwies. Er teilte ferner mit, daß Prof. Max Gruber aus München telegraphiert hatte: „Der Absolutismus der Vernunft sei ihr Feldgeschrei, in diesem Zeichen werden sie siegen." Hierauf schilderte Prof. Finger die Aufgabe und Ziele der neuen Gesellschaft. Die moderne Hygiene wandle bei der Bekämpfung der Seuchen ganz andere Wege wie einst. Nur durch den Zusammenschluß aller Faktoren können aber auf diesem modernen Wege Erfolge erzielt werden.

Professor Dr. Ehrmann beleuchtete die wechselseitigen Beziehungen zwischen den allgemeinen kulturellen Zuständen und den Volkskrankheiten, die, wie zum Beispiel Pest und Blattern, die Schicksale ganzer Rassen entschieden haben. Es ist aber noch lange nicht genügend erforscht, wie der soziale Körper von heute von den Infektionskrankheiten beherrscht wird. Dies gilt namentlich von den Geschlechtskrankheiten, deren Namen man nicht einmal öffentlich auszusprechen wagt. Die statistische Erforschung konnte nur in wenigen Ländern, namentlich in Norwegen und Dänemark, erfolgreiche Arbeit leisten, weil die Voraussetzungen hiezu durch die sanitären und administrativen Maßnahmen gegeben waren. In den genannten Ländern ist auch die Krankenhausbehandlung einer größeren Masse von Kranken zugänglich, als es in anderen Ländern der Fall ist.

Nach einer approximativen Schätzung werden in Wien jährlich etwa 18.000 Frwachsene und 300 Kinder stationär und ambulatorisch in öffentlichen und privaten Anstalten behandelt. Die Gesamtzahl der Erkrankungen läßt sich auch nicht approximativ schätzen. Die größte Gefahr für sich und andere bilden jene Personen, die nicht wissen, daß und in welcher Weise sie erkrankt sind.

Sehr häufig geschieht die Übertragung in gewerblichen Betrieben, durch mangelhafte hygienische Wohnungseinrichtungen und ihnen entsprechende Lebensgewohnheiten. Und doch hat eine Aktion zur Gesundung dieser Verhältnisse Aussicht auf vollen Erfolg; wie die Statistik in Dänemark zeigt, wo durch sanitäre Maßnahmen die Krankheitserscheinungen im Laufe von acht Jahren von 29% auf 20% heruntergingen. In grellem Gegensatz hiezu stehen die Länder, wo primitive Verhältnisse des Zusammenlebens und Unwissenheit die Infektion begünstigen. Ein lehrreiches Beispiel ist Abessynien sowie andere afrikanische Länder, ferner China, Siam, Sibirien, große Teile von Rußland und der Balkanhalbinsel sowie Süditalien.

Professor Ehrmann führte sodann aus, daß die Degeneration vieler Geschlechter nur auf hereditäre Erkrankungen zurückzuführen ist und schon in der Keimzelle, aus der der Mensch erwächst, die Krankheit ererbt wird. Es ist der Wissenschaft gelungen, bereits im Nervensystem Neugeborener die Krankheitserreger nachzuweisen. Gegen die Geschlechtskrankheiten ankämpfen, sagt der Vortragende, bedeutet, einer großen



Zahl von Menschen Lebenskraft und Lebensgenuß erhalten, sie vor Siechtum bewahren, heißt der nationalen Arbeit eine große Menge von Intelligenzen und arbeitskräftigen Händen zuführen, die sonst frühzeitig abfallen, das bedeutet die Kriminalität herabsetzen und das öffentliche Leben vor schweren materiellen und moralischen Schäden bewahren, heißt den geistigen und wirtschaftlichen Aufschwung an einem wichtigen Punkte fördern und arbeiten für das Wohl der zukünftigen Geschlechter.

Professor phil. Dr. Stöhr wendet sich gegen die Unterscheidung der Krankheiten in schimpfliche und ehrbare und tritt für den Schutz aller geschlechtlich gesunden Mitglieder der Gesellschaft, sittlicher, indifferenter und unsittlicher, vor den Infizierten ein, um sodann zur Betrachtung der inneren Seite des Problems zu gelangen. Diese innere Seite besteht in der fortschreitenden seelischen Verarmung der Menschheit. Es ist kein Wunder, daß das seelische Leben des äußerlich Bedrückten verkümmert. Es ist begreiflich, daß eine Zeit kommt, wo ein mißächtlich behandeltes Menschenleben sich selbst und seinesgleichen als wertlos empfindet.

Dem seelisch Verarmten ist der Wert des Menschen nur der Reflex der äußeren Macht. Ein Mensch erscheint wie der andere, nach seinem inneren Werte gemessen. Dadurch wird der seelisch verarmte und ökonomisch schwache Mensch im Geschlechtsverkehr anspruchslos. Er hat keine Ursache, wählerisch zu sein. Das wenige, das verlangt wird, vermag bald ein Gegenstand der Neigung zu bieten, und im übrigen ergötzt die Abwechslung. Der seelisch reiche Mensch, der sexuell nicht minder empfindlich ist, hat kompliziertere Interessen. Wenn einmal seine Persönlichkeit mit einer anderen, ergänzenden, verbunden ist, dann spinnen sich tausend unsichtbare Fäden wie von selbst. Neben der geschlechtlichen Liebe entwickelt sich zunehmend die Liebe zum Kinde, die Freundschaft und überhaupt das Bedürfeis nach einer dauernden Lebensgemeinschaft.

Der seelisch verarmte Mensch hat kein Bedürfnis nach einer Lebensgemeinschaft, weil er nichts mitzuteilen hat. Was nutzt es zu fordern, das der Mensch die Würde seiner Persönlichkeit wahre, wenn er keine Persönlichkeit besitzt? Was nutzt der Aufruf von Scham und Reue, wenn nichts da ist, was verloren ging? Was nutzt es, den Widerspruch zu zeigen, der darin liegt, öffentlich die Distanz zu markieren und heimlich sich wegzuwerfen, da ja die innerlich Verkümmerten zu einander gehören und keine Distanz haben? Das alles sind leere Worte, wenn nichts da ist, was zum Leben erweckt werden könnte.

Dieser Kampf gegen das Übel wäre ganz aussichtslos, wenn nicht die Naturgewalten uns zur Seite stünden. Durch die Naturgewalten selbst werden die impulsivsten Sexualisten abgezüchtet werden. Die klugen, animalisch lebhaften Egoisten mit reichem Geiste und armer Seele werden mit allen Vorsichten tun, was sie nicht lassen können, und die feiner empfindenden, wählerischen, innerlich Begabten werden abstinent sein, wenn die geschlechtliche Liebe sich nicht mit persönlicher Liebe vereinigt, sie werden so sein, weil sie ihrer Natur nach so sein müssen.

Hierauf wurde die Konstituierung der Gesellschaft vorgenommen.

---

36. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

(Schluß.)

In der Sitzung zur Erörterung der Blasenchirurgie gibt Kümmell, Hamburg als hiezu bestellter Berichterstatter einen Überblick über den heutigen Stand unserer Kenntnisse und Leistungsfähigkeit bei den Eingriffen an der Prostata, die die volle Ausrottung des Organes bezwecken. Die deutsche Chirurgie hat sich dabei ziemlich zögernd dem Vorgehen der amerikanischen, englischen und französischen Chirurgen angeschlossen, und die Zahl der ausgeführten Operationen ist im ganzen noch verhältnismäßig gering, sie kommt auch bei den erfahrensten deutschen Chirurgen wenig über 20, bis höchstens 30 hinaus, gegenüber der Häufigkeit des Leidens eine sehr bemerkenswerte Erscheinung. Nach seinen eigenen Erfahrungen hält Kümmell die Operation nicht für angezeigt bei beginnenden und vorübergehenden Beschwerden. Hier reichen unblutige Verfahren neben der jetzt versuchten Radiumbestrahlung, vor allem Kathederbehandlung, aus. Von den blutigen Eingriffen übertrifft aber, obwohl die bisher geübten schonenden Eingriffe immerhin ihre Erfolge gezeitigt haben, die volle Ausrottung der vergrößerten Drüse die anderen Operationen bei weitem und gibt die besten Aussichten für eine Dauerheilung. Da es sich bei dieser Krankheit fast immer um alte und geschwächte Leute handelt, so muß der Eingriff so schonend wie möglich sein, und zu diesem Zwecke empfiehlt sich die Herauslösung der Drüse aus dem Innern der Kapsel. Unter den Gegenanzeichen spielen die Herzschwäche, Nierenerkrankungen, zu deren Erkennung sich dem Redner immer wieder die Gefrierpunktbestimmung des Blutes und des Harns bewährt hat, eine geschwächte Blase und allgemeine Aderverkalkung eine Hauptrolle. Die Drüse kann sowohl vom Damm her als auch vom Bauch her durch die Blase hindurch angegriffen werden; beide Wege haben ihre besonderen Anzeichen. Kümmel zieht im allgemeinen den Weg von oben her vor. Die Dauererfolge bei gutartiger Natur des Leidens sind sehr günstige, man darf aber nicht vergessen, daß auch bösartige Geschwülste sich auffallend häufig in der Drüse entwickeln, die Operation notwendig machen und sie durch Verwachsungen besonders erschweren. Sonst sind die Urinbeschwerden, mit wenig Ausnahmen, vollkommen geschwunden.

In der Erörterung des Vortrages zeigt sich, daß die Meinungen der Redner, bei denen die Erfahrungen der Heidelberger, Freiburger, Berliner, Kieler, Lemberger Klinik und einer großen Anzahl weiterer Chirurgen ausgesprochen werden, sowohl über die Anzeichen wie die Aussichten und die Verfahren bei der Ausführung der Operation ziemlich weit auseinandergehen. Was die ersteren betrifft, so ist der Begriff der Frühoperation bei einem so allmählich einsetzenden Leiden an sich schon strittig, und die einzelnen Operateure lassen sich von sehr verschiedenen Beweggründen zur Operation bestimmen oder von ihr abhalten. Für die Frühoperationen besonders eingenommen ist v. Rydygier, Lemberg, der seinerzeit auf dem Brüsseler internationalen Kongreß zum Berichterstatter über diese Operation bestellt war, auf der anderen Seite warnt besonders Israel, Berlin vor einem zu raschen Entschluß zur Operation, nicht wegen der Schwierigkeit an sich, sondern wegen der zu einer so eingreifenden Operation kaum mehr geeigneten Natur der Kranken. Die Gefahr der Allgemeinbetäubung ist allerdings durch die künstliche vorübergehende Rückenmarkslähmung jetzt beseitigt. Anderseits bilden ihm Beeinträchtigung der Nierentätigkeit und vor der Operation beobachtete Blasenschwäche noch keine strengen Gegenanzeigen, denn diese können sich nachher wieder durchaus erholen. Die unmittelbare Gefahr der Operation wird bei allen Operateuren ziemlich hoch eingeschätzt, und es fehlt auch nicht an höchst störenden Folgenbeschwerden infolge von Fistelbildungen und auch auf dem Gebiete des Geschlechtssystems. Im allgemeinen sind die Enderfolge nach gelungener Operation aber als sehr günstig zu bezeichnen. Die Urinentleerung bleibt meist gut, obwohl ein Wiederwachsen von Drüsengewebe nach Freudenberg, Berlin nicht ausgeschlossen ist. Rumpel, Berlin hat auffallend häufig melancholische Gemütsverstimmungen danach beobachtet. Was die Ausführung des Eingriffes selbst betrifft, über dessen Einzelheiten sich zu verbreiten hier nicht angängig ist, so stehen fast sämtliche Redner, mit Ausnahme von v. Rydygier, der grundsätzlich den Weg vom Damm her bevorzugt, mit Kümmell auf dem Standpunkt, daß der Zugang durch die Blase bei weitem weniger gefährlich und vollkommen ausreichend ist, da der Operateur bei diesem Eingriff mit dem Fühlen des Fingers mehr erreicht, als er durch das Auge zu prüfen hat. Im übrigen gibt Wullstein, Halle, noch ein

eigenes Verfahren an, um durch teilweise Wegräumung des Schambeins den Zugang der Blase noch zu erweitern. Der Weg vom Damm aus wird vor allem auch gefürchtet wegen der sehr häufigen unbeabsichtigten Nebenverletzungen am Mastdarm und an der Harnröhre, die dauernde schwer zu beseitigende Fisteln hinterlassen. Weiterhin berichtet Rovsing, Kopenhagen über ein Verfahren, mittels dessen er bei drei an Geschwulstbildung und tuberkulöser Harnblase leidenden Kranken zweimal gute Heilung erzielt hat, durch vollständige Entfernung der Harnblase und Herausleitung des Harns nach der Lende zu, wobei der Harn in einen dauernd getragenen Behälter abfließt. Kausch, Schöneberg, spricht über die Schrumpfblase, die von ihm durch künstliche Erweiterung des Binnenraums, durch Überpflanzung von Darmschleimhaut ebenfalls mit Erfolg behandelt worden ist. Jakoby, Berlin führt einen Blasenspiegel vor, mittels dessen man das Blaseninnere zur körperlichen Anschauung im Bilde bringen kann. Zum Schluß sprechen Schmitt, München, Körte, Berlin, Riedel, Jena, Herczel, Pest, Kümmel, Hamburg über ihre im allgemeinen günstigen Erfahrungen bei der Operation der angeborenen Blasenspalte nach dem Maydlschen Vorgang und Rosenstein, Berlin und Stettiner, Berlin über eine Operation bei Steinniere, wo die andere Niere bereits entfernt war, sowie bei einem Kinde mit angeborenem Mastdarmverschluß.

Im weiteren Verlaufe der Beratungen werden zunächst einige Stücke aus der Rückenmarks-Chirurgie abgehandelt. Krause-Berlin macht Mitteilungen über ein neues von ihm gefundenes Krankheitsbild, dessen Wesenheit ebenso wie die ihm zugrunde liegenden Gewebeveränderungen erst durch Freilegung des Rückenmarks bei Operationen klargelegt werden konnten. Ihm selbst ist es im ganzen unter 20 Operationen achtmal, also verhältnismäßig häufig, begegnet, bestehend in einer umschriebenen Aufquellung und gespannten Flüssigkeitsansammlung der weichen Rückenmarkshaut, die die Erscheinung einer Geschwulst vortäuscht, mit einer Geschwulst oder einer Eiterung verbunden sein, durch die Operation aber vollkommen zum Verschwinden gebracht werden kann. Sodann wurde die Gewebs- und Geschwulstlehre in einigen Vorträgen behandelt, später die Behandlnngslehre. Zum Vorsitzenden des nächsten Chirurgen-Kongresses ist v. Eiselsberg-Wien gewählt worden.

II. Referate.

Die Arbeit des Magens bei den verschiedenen Speisearten. Von Dr. Gardejew.

Nach den Untersuchungen des Autors über den Einfluß der verschiedenen Speisearten auf die Magenarbeit wird am meisten Magensaft ausgeschieden beim Verdauen von Eigelb, am wenigsten bei Eiweiß. Mehr Magensaft wird bei trockenem als bei feuchtem Eiweiß ausgeschieden; bei Eigelb läßt sich das nicht beobachten. Die verdauende Kraft des Magensaftes ist beim Eigelb kleiner, als beim Eiweiß, obgleich die Qualität des Fermentes bei Eigelb größer ist. Bei gekochten Eiern ist die verdauende Kraft des Magensaftes und der Pepsingehalt in ihm größer, als bei rohen. Das Eiweiß geht schneller in den Darm über als das Eigelb und rohe Eier schneller als gekochte. Die Milchprodukte (saure Milch und saure Sahne), die Milchsäure enthalten, brauchen eine größere Quantität Magensaft als die (Milch und Sahne), welche keine Milchsäure enthalten. Die Milchsäure hat aber einen besonders bemerkbaren Einfluß auf die verdauende Kraft des Magensaftes und auf die Schnelligkeit des Überganges der Speisen aus dem Magen in den Darm. Die viel Fett enthaltenden Milchprodukte (Butter und Sahne) vergrößern bei einigen Tieren die Quantität des Magensaftes, bei anderen verringern sie sie, und setzen immer die verdauende Kraft des Magens herab und verlängern die Verdauungsperiode. Für Produkte mit hohem spezifischen Gewicht (Käse) wird im Vergleich mit der Milch eine größere Quantität Magensaft und Pepsin verbraucht und zugleich die Verdauungsperiode verlängert.

Die Absonderung von Magensaft, seine verdauende Kraft und der Aufenthalt des Speisebreies im Magen, ist am geringsten bei Kalbfleisch; darauf folgen progressiv: Rindfleisch, Pferdefleisch, Schaffleisch. Fleischprodukte mit viel Fett verringern die verdauende Kraft des Magensaftes und verlängern die Periode der Magenverdauung. Das Fettgewebe (Schweine- und Rinderfett) rufen eine größere Fermentabsonderung im Magensaft hervor, als andere fettreiche Stoffe (Butter). Sehr salzige Speisen (Wurst, Schinken, Häring) brauchen mehr Magensaft, verringern aber die verdauende Kraft und verlängern die Verdauungsperiode. Gebratenes und gekochtes Fleisch braucht mehr Magensaft und Pepsin als rohes. Die Aufenthaltszeit der verschiedenen Fleischsorten im Magen ist fast gleich, nur stark ausgekochtes Rindfleisch braucht mehr Zeit, um in den Darm zu gelangen. Brod verlangt eine mittlere Magensaftquantität, eine hohe verdauende Kraft und eine lange Verdauungsperiode. An Kohlehydraten und Fetten reiche Nahrung verringert sowohl die Quantität als Qualität des Magensaftes und verlängert bedeutend die Verdauungsperiode. Die Magenarbeit beim Verdauen von Breisorten ist dieselbe wie bei der Brodverdauung; nur mit dem Unterschied, daß Buchweizengrütze mehr Magensaft und Fermente braucht als Reis, und dieser mehr als Hirse. Kartoffelverdauung geht leichter vor sich als Brodverdauung. Bei gemischter Kost wird meistenteils weniger Magensaft und Pepsin verbraucht, bei gleichzeitiger Verkürzung der Verdauungsperiode. (Russ. Med. Rundschau, Nr. 1, 1907.)

*

Kampfer in der Behandlung der Lungenschwindsucht. Von Dr. Walther Koch in Freiburg i. Baden. (Ärztliche Rundschau 1906, Nr. 42.)

Koch spritzte zuerst Kampfer ein. Allmählich versuchte er aber doch die Methode der Injektion abzuändern und kam nach vielfachen Mißerfolgen zur perkutanen Anwendung. Perkutilan befriedigte seine Ansprüche, die er an Salbengrundlagen machte, am meisten. Die Salbenkombination Prävalidin, die damit hergestellt wird, ist so beschaffen, daß bei jeder Einreibung dem Körper 0·8 *g* Kampfer zugeführt wird. Den Zusatz von Balsam. peruvianum möchte er teils als Geruchskorrigens, teils als Mittel bezeichnen, dem Körper Zimmtsäure zuzuführen, die ja nach Landerer einen spezifischen Einfluß auf die Tuberkulose haben soll. Das Prävalidin hat ihn in seinen Wirkungen, wenn es richtig angewandt wurde, außer in ganz schweren Fällen, nie im Stiche gelassen. Die Anwendung ist sehr einfach. Die Zinntuben zu 20 *g*, in denen es abgegeben wird, sind in fünf Teile eingeteilt. Am ersten Tage wird der Rücken, am zweiten und dritten die Arme, am vierten und fünften die Oberschenkel kräftigst eingerieben. Die Salbe muß so lange verrieben werden, bis sie in der Haut verschwunden ist. Das dauert, je nach der Geschicklichkeit des Einreibenden, fünf bis zehn Minuten. Juhl, der über seine Erfahrungen mit Prävalidin in den Fortschritten der Medizin berichtet, empfiehlt, den betreffenden Körperteil zuerst mit Seife und Wasser gründlich zu reinigen.

Der Gesamteindruck, den er von der Kampfer-, respektive Prävalidintherapie habe, ist der, daß das Medikament ein sehr schätzbares Adjuvans ist in der Behandlung der Lungentuberkulose.

Die Wirkung des Kampfers bei Tuberkulose suchte Koch hauptsächlich in der Kräftigung des Herzens und in der expektorierenden Wirkung. Indirekt dadurch kommt das Verschwinden ohne die Verminderung der Nachtschweiße und die Hebung des Appetits einerseits, das Nachlassen des Fiebers und die Besserung des Schlafes anderseits zustande. Dadurch erklärte er sich die Wirkung bei Emphysem und Bronchitis.

*

Über Kropfherz. Von F. Kraus.

Man unterscheidet zwischen Kardiopathien, welche durch Strumen verursacht werden, und Schilddrüsenaffektionen, die von Zirkulationsstörungen abhängig sind.

Hinsichtlich der letzteren liegt jedoch bisher bloß spärliches, unsicheres Material vor. Revilliod lenkte die Auf-



merksamkeit auf einen „Goître cardiaque“, das heißt auf eine perivenöse, interstitielle Thyreoiditis mit langsamem Schwund des sezernierenden Drüsenparenchyms, etwa infolge eines Trikuspidalfehlers mit positivem Venenpuls usw. Eine solche Zirrhose der an die V. cava superior angeschalteten Struma würde in Analogie zu entsprechenden Leberveränderungen stehen. Obwohl K. öfter bei zunehmender Stauung im venösen System die Glandula thyreoidea für längere Zeit anschwellen gesehen hat, scheint ihm der „Goître cardiaque“ eine völlig offene Frage zu sein. Praktisch viel wichtiger ist der „Stauungskropf“, das heißt die Modifikation, welche eine gewöhnliche Struma infolge Abklemmung der V. cava superior durch einen tiefen Teil des Schilddrüsentumors erfährt. Die Stauung in Hals- und Thyreoideagefäßen wird dann unter Umständen sehr bedeutend, es kommt auch zu periglandulärer venöser Hyperämie, und es resultiert selbst eine Art von Struma vascularis, indem ein (physiologischer) Venenpuls mehr oder weniger manifest wird. Minnich hat die naheliegende Frage aufgeworfen, ob eine solche starke venöse Kreislaufstörung in Strumen ein weiteres kardiopathieerzeugendes Moment darstellt? Diese Frage scheint um so berechtigter, als Blum in der letzten Zeit gefunden hat, daß Stauung in der Glandula thyreoidea, welche experimentell an Hunden durch Unterbindung der abführenden Gefäßbahn bei gleichzeitigem Offenbleiben der zuführenden Arterie hervorgerufen wird, vorübergehend Steigerung der N- und P_2O_5-Ausscheidung und Vermehrung der Pulsfrequenz zufolge hat. Auch kann man klinisch beobachten, daß zu solchen Strumen gewisse Symptome des Kropfthyreoidismus sich hinzugesellen (Tremor, Tachykardie). Nach der Operation, durch welche nicht bloß die Kavastauung beseitigt, sondern auch sezernierendes Drüsenparenchym entfernt wird, schwinden nach Kochers Erfahrungen diese Symptome aber besonders rasch — danach würde der Thyreoidismus in solchen Fällen wenigstens als recht rudimentärer und rückbildungsfähiger erscheinen. Was endlich das Verhältnis zwischen kranker Schilddrüse und Arteriosklerose betrifft, so läßt sich gar nichts sagen darüber, ob die letztere in der Glandula thyreoidea eine Parenchymschädigung verursacht, und ebenfalls sehr wenig positives in betreff der Wahrscheinlichkeit, mit welcher Arteriosklerose als thyreogenes (thyreoprives) Äquivalent angenommen werden darf. Die berühmt gewordenen Experimente v. Eiselsbergs an Lämmern und Zicklein wiesen als Teilerscheinung der Kachexie atheromähnliche Gefäßveränderungen mit reichlicher Kalkablagerung nach. Bei thyreoidektomierten Kaninchen lassen künstlich erzeugte Knochenbrüche eine starke Verzögerung der Kallusbildung erkennen. Eine immer wieder zu machende klinische Erfahrung ist das Senium praecox bei allen Typen chronischer mitigierter Schilddrüseninsuffizienz. Revilliod spricht von präseniler Dekalzifikation und von Hyperostosen des Knochengewebes bei thyreopriver Kachexie. Weintraud wies (mittels der Röntgenuntersuchung) Kalkschwund und Infraktionen ohne Kallusbildung beim Basedowmyxödem nach. Bei Basedowscher Krankheit existiert ein Schmerzhaft- und Weichwerden des Skeletts, und Scholz hat bei Basedowischen nach Thyreoideazufuhr eine Art von Phosphordiabetes beobachtet. Ein direkter Zusammenhang zwischen Kalk- und Phosphorstoffwechsel einer- und Knochenanomalien anderseits ist aber eher unwahrscheinlich, und die Rolle der Arteriosklerose läßt sich schwer abschätzen.

Gehen wir nunmehr zu den von der kranken Schilddrüse abhängigen Kardiepathien über, so finden wir vor allem bei einer scharf charakterisierten Gruppe von Fällen eine Schädigung der Herztätigkeit durch gewöhnliche Kröpfe auf rein mechanischem Wege (Rosesches Kropfherz). Noch häufiger und wichtiger als die Verlegung der venösen Zirkulation durch Strumae profundae intrathoracicae ist eine erhebliche Behinderung der Atmung, welche auf dem Umwege über Bronchiektasie und Emphysem das Herz beeinflußt und demgemäß vor allen Vergrößerungen der rechten Kammer verursacht (dyspnoisches“, „pneumisches“ Kropfherz). Dieses Kropfherz verläuft verhältnismäßig häufig als reine Kardiopathie und führt schließlich zu schwerer Insuffizienz und Myodegeneration. Nicht zu selten treten allerdings auch hier, ähnlich wie beim Stauungskropf, gewisse Symptome von Thyreoidismus hinzu: Zittern, stärkere Erregbarkeit, selbst Abmagerung. Solche Kröpfe stellen ein besonders dringliches Kontingent für die Operation und verdienen deshalb ganz besonders die Aufmerksamkeit des Praktikers.

Wohl nur selten dürfte endlich mechanische Einwirkung auf die herzregulierenden Nerven allein funktionelle Abweichungen der Herztätigkeit hervorrufen. Früher hat man allerdings die subjektiven kardialen Beschwerden, speziell auch die Herzpalpitationen, sehr vorwiegend als mechanische Folge des Druckes der Strumen auf bestimmte Nerven gedeutet, und die pathologische Anatomie hat in der Tat für eine Anzahl von Fällen derartige Beziehungen zwischen dem vorhandenen Kropf und bestimmten Nerven, darunter auch von solchen die Herztätigkeit beeinflussenden, nachgewiesen. Gerade die diagnostische Abgrenzung dieser Gruppe muß bei der besonderen symptomatischen Ähnlichkeit mit dem eigentlichen Kropfthyreoidismus und seinem kardiovaskulären Syndrom auf gewisse Schwierigkeiten stoßen. Erfahrungsgemäß verursacht Aufhebung des Vaguseinflusses auf das Herz allein zwar mittlere Beschleunigungen der Herzaktion, aber, wenn nicht ganz besondere Bedingungen den Ausschlag geben, keine Vergrößerung des Herzens: deshalb sind wenigstens alle Fälle von hypertrophischen (dilatierten) thyreotoxischen Herzen mit großer Wahrscheinlichkeit hievon sofort ausgenommen. Unter thyreogenen (thyreo-„toxischen“) Kardiopathien, Kropfherz, ist jenes kardiovaskuläre Syndrom zu verstehen, welches aus der Ferne durch abweichende Funktion der Glandula thyreoidea, vielfach unter Mitwirkung der herzregulatorischen Nerven, zustande kommt.

In dieser Beziehung ist zunächst die eigentliche Schilddrüse ins Auge zu fassen. Im Myxödemstadium der operativen Cachexia thyreopriva ist die Zirkulation „träge und schwach“. Den Puls findet man gewöhnlich klein, öfter kaum tastbar, wenig frequent; die Frequenz wird allerdings auch leicht abnorm beschleunigt, die Patienten geraten bei geringfügigen Anlässen „außer Atem“. Wangen und extreme Teile der Gliedmaßen fühlen sich kühl an, sehen zyanotisch aus usw. Beim spontanen Myxödem finden sich ganz ähnliche Verhältnisse.

Den Hauptgegenstand bildet eine Gruppe von kardiovaskulären Störungen, welche schon die klinische Beobachtung als nächstverwandt und in dieselbe Richtung fallend auffassen läßt, und welche die experimentell-pathologische Untersuchung, besonders aber die Resultate der operativen Behandlung als wahrscheinlich durch Hyperthyreose verursacht hinstellen. Hieher gehören die Struma basedowiana, die Struma basedowificita, das „thyreotoxische“ Kropfherz, der artefizielle Thyreoidismus (durch Fütterung usw.)

Was die Struma basedowificata betrifft, hat K. in der Tat das Hinzutreten von Basedowsymptomen inklusive stärkerem Exophthalmus am häufigsten noch bei Stauungskropf gesehen. In einzelnen dieser Fälle bot die Schilddrüse ganz markant das von Kocher d. J. geschilderte Aussehen der Struma vascularis venosa. Der Verlauf ist auch in solchen Fällen, wenigstens hinsichtlich des Thyreoidismus, gewöhnlich ein langsamer und milder. Nach Kropfoperationen sieht man nicht selten akute Symptome von Thyreoidismus, welche aber wohl nur höchst selten zum vollen Basedowsymptom sich erweitern. Albert Kocher teilt eine Beobachtung von Morbus Basedowii acutus (Erregtheit, Tremor, beiderseitiger leichter Exophthalmus, weite Pupillen, v. Stellwags Symptom, Tachykardie 140, starke Schweiße ohne Fieber, ohne voraufgegangene „Basedowdisposition“) nach halbseitiger Strumektomie mit; die Symptome bildeten sich (ohne weitere Therapie) in kurzer Zeit zurück.

Hinsichtlich der Symptomatologie des thyreotoxischen Kropfherzens sind zwei Intensitätsstufen bezeichnend für dieses kardiovaskuläre Syndrom. Die erstere, häufigere läßt vor allem die Trias Kropf, Tachykardie, Zittern hervortreten. Die Pulsfrequenz steigert sich habituell auf 90—120, nur bei längerer

Ruhe des Körpers und des Gemütes beträgt sie auch weniger (80). In letzterem Falle kommt es aber gewöhnlich zu periodischem Herzklopfen, kombiniert mit kardialer Dyspnoe oder selbst wahrer Herzangst. Ebenso sinnenfällig wie die Beschleunigung ist die daneben nie fehlende „Verstärkung“ der Herzschläge. Der Herzstoß wird ungewöhnlich hoch, auch seine Intensität stärker. Die größeren Arterien schlagen sichtbar; auch die mittelweiten Arterien erscheinen, wenigstens bis zu Pulsfrequenzen von 100—120, gut gefüllt, der Einzelpuls ist eher über mittelgroß, weich. Die starke Dikrotie der Radialiskurve weist auf bestehenden geringen Gefäßtonus in den peripheren Arterien hin; der Blutdruck erweist sich aber, sphygmomanometrisch geschätzt, meist, allerdings in sehr geringem Grade, übernormal hoch oder steigt wenigstens bei Reizen auf den Trigeminus (Nase) stärker als bei normalen Individuen. Ganz gewöhnlich findet sich respiratorische Arrhythmie. In den wenigst ausgeprägten Fällen, in denen selbst bei Muskelaktion die Pulsfrequenz nur mäßig erhöht wird, ist nach mittlerer Anstrengung der diastolische Druck nicht größer als bei normalen Individuen, auffallend mehr dagegen wächst der systolische, und noch mehr, wenn der Arbeit die Zufuhr eines Genußmittels, wie Alkohol, vorausgegangen ist. Das exakteste Maß für die Intensität der bestehenden Störung aber bildet die Zunahme der Frequenz des Herzschlages bei Muskelarbeit; diese Häufigkeitszunahme ist nicht selten eine solche, daß die Herabsetzung der Muskelarbeit unmöglich wird. Untersucht man solche Menschen mittels des Fluoreszenzschirmes in diesem Zustande, so findet sich keine Erweiterung des Herzens. Auf diese Erscheinungen kann sich das ganze kardiovaskuläre Symptomenbild selbst dauernd beschränken. Außer der verstärkten Herztätigkeit und der vermehrten Pulszahl besitzen solche kröpfige Individuen meist auch Glanzaugen; die Pupillen sind weit. Beiderseitiger Exophthalmus ist in der Regel gar nicht, in einer gewissen Zahl von Fällen höchstens angedeutet vorhanden; einseitiger, als Ausdruck mechanischer Schädigung eines der beiden Halssympathici, findet sich dagegen bei größeren Kröpfen und selbst bei weichen, hyperämischen nicht so selten. Ein wichtiger Unterschied zwischen dem typischen Basedowsyndrom und den letzterwähnten Fällen besteht noch in der selbst mit relativer Immobilität der Iris verbundenen Mydriasis bei auf den Sympathikus drückenden Kröpfen. Wie schon Eulenburg nachwies, kann bei einem solchen einseitigen Kropfexophthalmus die Temperatur im Gehörgang derselben Seite geringer sein. Endlich zittern diese Kröpfigen, der Tremor ist rapid, feinschlägig. Auch schwitzen sie leicht. Sie sind erregbarer und klagen bisweilen über Schwindel. Stärkere Abmagerung ist selten.

In einer zweiten Gruppe von Fällen mit größerer Intensität der Symptome, gewöhnlich nach wiederholter Exazerbation bei längerer Dauer, findet man den Herzspitzenstoß in der linken Papillarlinie und noch weiter außen, und auch durch die Perkussion läßt sich dann eine Verbreiterung der Herzdämpfung, nicht immer bloß nach links, nachweisen. Die Größe der Dämpfung und der Herzsilhouette ist übrigens hier, ähnlich wie bei Morbus Basedowii, öfter einem ganz sicher erkennbaren Wechsel unterworfen.

Tachykardie und Tremor finden sich etwa in einem Drittel aller Kropffälle, mäßiggradige Tachykardie allein wohl noch viel häufiger. Der Thyreoidismus bei einfachem Kropf beansprucht schon deshalb ein gewisses klinisches Interesse.

Was die Erkennung und die differentielle Diagnose der hieher gehörigen Krankheitsbilder betrifft, so ist die Entscheidung der Frage, ob Atemnot das Primäre ist, und ob es sich um leichten „sekundären“ Basedow handelt, bei einer ersten flüchtigen Untersuchung nicht immer leicht; die eingehende, wiederholte Prüfung und der Dekursus beheben aber meist jeden Zweifel. Bei sicher objektiv nachweislicher Vergrößerung, besonders des rechten Herzens, wird man zunächst an dyspnoisches Kropfherz zu denken haben und nur nach reiflicher Erwägung des ganzen Krankheitsbildes und fortgesetzter Beobachtung desselben Morbus Basedowii einer- und mechanisches Kropfherz anderseits ausschließen. Bei Konstatierung der Dyspnoe braucht uns nicht bloß der Nachweis von Zyanose und Kompression der Luftwege (Einziehung, Stridor, Art des Lautsprechens, laryngotracheoskopischer Befund) maßgebend zu sein, auch die subjektiven Angaben der Kranken, die für geringe Grade der Dyspnoe meist frühzeitig ganz das richtige Gefühl besitzen, verdienen alle Aufmerksamkeit. Soweit mechanische Beeinflussung der herzregulierenden Nerven als besondere diagnostische Gruppe in Betracht kommt, wird sie am besten durch das Fehlen der sonstigen Symptome von Thyreoidismus charakterisiert (vgl. übrigens oben). Alle Formen des mitigierten Thyreoidismus bei Kröpfen als „formes frustes“ von Basedowscher Krankheit zusammenzufassen, empfiehlt sich aus teilweise schon oben dargelegten Gründen nicht. Bei Charcot ist die Bezeichnung Basedow fruste auch für Reste des „geheilten“ vollen Basedow verwendet, also selbst symptomatisch sehr unscharf abgegrenzt. Marie bezieht sie allerdings bloß auf primär rudimentäre Formen; aber dieses rudimentäre erstreckt sich auch bei ihm vorwiegend auf die historische Trias des Morbus Basedowii und trifft nicht das eigentlich wesentliche der Krankheit. Auch bringt überhaupt eine lediglich symptomatische Abgrenzung die Gefahr der Konfusion des Thyreoidismus mit Krankheitsbildern, die zum Teil rein nervöse sind oder von anderen Organen (z. B. dem Geschlechtsapparat) abhängen, mit sich. Die Abhängigkeit von der Schilddrüse stellt Basedow- und thyreotoxisches Kropfherz in eine zusammengehörige, in dieselbe Richtung fallende Gruppe. Kocher hat eine viel glücklichere Bezeichnung gefunden: der mitigierte Kropfthyreoidismus ist ein „Äquivalent dessen, was auf Grund veränderter Funktion der Schilddrüse auch den typischen Morbus Basedowii macht, ganz ebenso, wie es bei unter- und übernormal fungierender Glandula thyreoidea noch andere Äquivalente gibt. Je mehr hiebei auch außer dem Kropf gelegene Momente mit entscheidend sind, desto größer würde die pathologische „Selbständigkeit“ des thyreotoxischen Kropfherzens. Eine reinliche Scheidung der Symptomenkomplexe scheint aber praktisch geboten mit Rücksicht auf die Bewertung unserer Heilerfolge. Und auch die wissenschaftliche Erforschung des ganzen Gebietes kann durch Verwischung der nosologischen Grenze kaum gewinnen.

Moebius hat geglaubt, daß man einfach eine Reihe aufstellen könnte, die mit dem gewöhnlichen Kropfkranken ohne alle Zeichen der Basedowschen Krankheit beginnt, während bei den folgenden Gliedern die Zahl dieser Symptome allmählich wächst, bis am Schluß das vollständige Bild des Morbus Basedowii erreicht ist. K. will durchaus nicht leugnen, daß zwischen beiden Extremen alle möglichen Zwischenstufen vereinzelt existieren, aber die ganze Reihe entspricht nicht einem regelmäßigen und kontinuierlichen pathogenetischen Geschehen von demselben Ausgangspunkte her.

Zunächst ist rein klinisch eine gewisse Selbständigkeit des thyreotoxischen Kropfherzens unverkennbar. Typischer Basedow ist in den Kropfländern durchaus nicht häufig. Der Tremor, welcher dem Thyreoidismus bei einfachem Kropf eigentümlich ist, wird nicht so intensiv und universell, wie selbst in den leichten Fällen von Morbus Basedowii, er findet sich gewöhnlich bloß an Finger und Zunge, nicht an den Gliedmaßen und dem Stamm. Weiterhin fehlt beim mitigierten Thyreoidismus die Beteiligung der Augen. Ebenso gehen demselben die schweren trophischen Störungen gänzlich ab. Demgegenüber tritt die Kardiopathie stark hervor. Während diese Fälle hinsichtlich der früher genannten Symptome zu allermeist eng umgrenzt bleiben, ist das kardiovaskuläre Syndrom entschieden progressiv. Im kachektischen Stadium der Kropfes kommt es zu einem frühen Senium mit Myodegeneratio cordis, auch wenn das Herz nicht gleichzeitig mechanisch geschädigt worden ist.

Das allgemeine pathologische Interesse des thyreotoxischen Kropfherzens und der Struma basedowificata scheint K. demgemäß gerade in folgendem zu liegen: warum verursacht in der großen Überzahl der Fälle ein an lokale Schild-



drüsenaffektionen, wie die gewöhnlichen Kröpfe, sich anschließender Thyreoidismus ein verhältnismäßig einseitiges, mitigiertes Krankheitsbild gegenüber dem ausgebreiteten, im ganzen progressiven und schwereren Basedowsyndrom? Die Ursachen hiefür können in und außer der Glandula thyreoidea liegen.

Für die Beziehungen des Morbus Basedowii zu bestimmten Veränderungen der Schilddrüse, speziell zur Hauptschilddrüse, und zwar zu einer Überfunktion derselben, sind bisher im allgemeinen als Gründe angeführt worden: 1. Der Gegensatz zwischen Basedow-Syndrom und Myxödem, durch deren Betonung Moebius die Frage der Pathogenesis des ersteren überhaupt in Fluß gebracht hat. 2. Die Wirkung der operativen Behandlung. Je mehr Kochers Gesetz vor der dem Grade der Schilddrüsenausschaltung konformen Rückbildung des Morbus Basedowii bestätigt wurde, desto mehr gewänne die Operation die Bedeutung eines direkt beweisenden Experimentes. 3. Die Analogie zwischen dem spontanen pathologischen Zustand, welcher dem Basedow-Syndrom, der Struma basedowificata und dem „thyreotoxischen" Kropfherzen zugrunde liegt, und dem artefiziellen Thyreoidismus. 4. Die vermeintlich direkt durch das Kreislaufexperiment nachweisbare, physiologische Aktivität der Schilddrüsenstoffe, ihre Wirkung speziell auf das Herz und die regulatorischen Herznerven. 5. Die pathologisch-anatomische und klinische Konstanz, der spezifische Charakter der Struma basedowiena. 6. Nutzen und Schaden der Substitutionstherapie. (Deutsche mediz. Woch. Nr. 47.)

Aufruf.

Mit Schluß des Sommersemesters 1907 tritt Herr Hofrat Professor Dr. Adam Politzer nach Erreichung der durch die österreichischen Gesetze bestimmten Altersgrenze von der Leitung der k. k. Universitätsklinik für Ohrenkranke in Wien und nach 46jähriger ruhmreicher akademischer Tätigkeit vom Lehramte zurück.

Angesichts des weltumfassenden Rufes Politzers und der allgemeinen Verehrung, die er ganz besonders im Kreise seiner Schüler und engeren Fachgenossen genießt, ist es überflüssig, hier auf seine Bedeutung für die Ohrenheilkunde und die Gesamtmedizin hinzuweisen.

Die Gefertigten glauben daher, dem Wunsche der zahlreichen Schüler und Freunde Prof. Politzers zu entsprechen, wenn sie den Zeitpunkt, an welchem der gefeierte Meister die Stätte seiner langjährigen Wirksamkeit verläßt, für geeignet erachten, den Gefühlen der Verehrung und Dankbarkeit ihm gegenüber Ausdruck zu verleihen.

In voller Übereinstimmung hatte das gefertigte Komitee ursprünglich für diesen Tag eine solenne Feier beschlossen, an welcher die in- und ausländischen Kollegen und Abordnungen der otologischen Gesellschaften zur Teilnahme eingeladen werden sollten. Prof. Politzer, der davon Kenntnis erhalten, hat jedoch, mit Rücksicht auf mehrere in der letzten Zeit in seiner engeren Familie vorgekommenen Todesfälle dringend gebeten, von dieser geplanten Feier abzusehen.

Es wurde daher beschlossen, eine von Meister Telcs entworfene Plaquette prägen zu lassen, die das Porträt Politzers tragen und allen an dieser Kundgebung Teilnehmenden zur bleibenden Erinnerung an seine Person und an den denkwürdigen Tag dienen, dem Gefeierten selbst aber, in Gold ausgeführt, am Tage seines Abschieds vom Lokalkomitee überreicht werden soll.

Zugleich mit der Plaquette wird dem Meister eine Adresse überreicht werden, die die Namen aller derjenigen enthalten soll, welche sich an dieser Kundgebung beteiligen werden.

Wir laden demnach sämtliche Kollegen ein, insbesondere die gewesenen Schüler Politzers und die Vertreter des otologischen Faches, ebenso aber auch alle, die dem berühmten Wiener Gelehrten Interesse entgegenbringen, ihre Anmeldungen zum Bezuge einer Plaquette an den Schatzmeister des gefertigten Komitees einzusenden. Gleichzeitig mit der Anmeldung, welche den deutlich geschriebenen Namen, die Titel und die genaue Adresse enthalten muß, wird gebeten, den Betrag von K 24 (M. 20, Frcs. 24) für eine silberne, oder von K 12 (M. 10, Frcs. 12) für eine Bronzeplaquette an den Schatzmeister Dr. D. Kaufmann in Wien, VI. Mariahilferstraße 37 einzusenden.

Aus dem Überschuß der Beträge, der nach Deckung der Herstellungskosten verbleiben dürfte, soll ein Fonds gebildet werden, der Herrn Hofrat Politzer zur Errichtung einer Stiftung zur Verfügung gestellt werden soll.

Wir bitten, die Anmeldungen sobald als möglich, längstens aber bis zum 15. Mai 1907 einzusenden, und zwar nur an die angegebene Adresse.

Für das Komitee:
Prof. Dr. Josef Pollak, Wien.

Doz. Dr. Hugo Frey, Wien. Doz. Dr. G. Alexander, Wien.
Dr. D. Kaufmann, Wien VI., Mariahilferstraße 37.

Prof. Dr. Böke, Budapest, Prof. Dr. Demetriadis, Athen, Professor Dr. Gradenigo, Turin, Dr. C. Lagerlöf, Stockholm, Geheimrat Prof. Dr. A. Lucae, Berlin, Prof. Dr. Urban Pritchard, London, Prof. Dr. Schmiegelow, Kopenhagen, Dr. Stanculeanu, Bukarest, Dr. Segura, Buenos Aires, Prof. Dr. Delseaux, Brüssel, Professor R. Forns, Madrid, Prof. Dr. H. Knapp, New-York, Dr. M. Lermoyez, Paris, Prof. Dr. Okada, Tokio, Prof. Dr. Rohrer, Zürich, Prim. Dr. Schraga, Belgrad, Prof. Dr. St. v. Stein, Moskau, Prof. Dr. Zwaardemaker, Utrecht.

IV. Literatur.

Die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten für praktische Ärzte von Dr. Reinhold Ledermann. Dritte durchgesehene und erweiterte Auflage des therapeutischen Vademekum der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Berlin W. Verlag von Oskar Coblentz, 1907.

Das vorliegende Werkchen bringt in dem knappen Raum von 300 Seiten das wichtigste aus der modernen Therapie der genannten Spezialfächer, wobei wir den Ton auf das Wort modern legen wollen. Der Stoff ist derart angeordnet, daß nach einer kurzen Hygiene der Haut die einzelnen Methoden der Dermatotherapie und zwar erst die mechanischen, dann die internen und zuletzt die externen Behandlungen durchgenommen werden. Im speziellen Teil sind zunächst die Arzneimittel alphabetisch aufgezählt u. zw. meist in Form der gebräuchlichsten Verschreibungen unter Angabe der Indikationen, meist sogar des empfehlenden Autors, sodann folgt eine gleichfalls alphabetische Darstellung der Behandlung der wichtigsten Hautkrankheiten, wiederum mit genauer Rezeptiervorschrift; hiebei folgt der Autor zumeist seiner eigenen Erfahrung, gibt aber auch den Mangel einer solchen an und bespricht immer genauest die Applikationsform im Hinblicke auf die individuellen Differenzen des Einzelfalles. Zuletzt werden die venerischen Krankheiten in ihrer Prophylaxe und Therapie besprochen, unterstützt durch Angabe der Methodik, hier auch durch einzelne gute Abbildungen von Instrumenten. Daß dieser nicht geringe Stoff in so beschränktem Raume erschöpft wird, ist nur durch die knappe, jedes überflüssige Wort geflissentlich vermeidende Sprache möglich, die nur zur Erleichterung der Orientierung und des Verständnisses dient. Wir können das brillant ausgestattete Büchlein jedem Praktiker bestens empfehlen. G.

V. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".
Sitzung vom 26. April 1907.

Alfred Saxl stellt eine Patientin mit hochgradigen Crura vara vor. Das Kind, obwohl erst acht Jahre, wiegt über 44 *kg* bei einer dem Alter entsprechenden Körperlänge. Als

Therapie wird eine subkutane Osteotomie erfolgen, doch wird das Mädchen zum Schutze gegen ein Rezidiv, das sich unter dem Einflusse der Körperlast unfehlbar einstellen würde, auch noch weiter Stützapparate tragen müssen.

Ant. Frh. v. Eiselsberg macht darauf aufmerksam, daß häufig derartige rachitische Difformitäten spontan zur Ausheilung kommen können, weswegen die Indikation zu chirurgischen Eingriffen bei rachitischen Difformitäten richtig gestellt werden muß.

Demgegenüber erwidert Saxl, daß in diesem Falle die Vornahme der Operation indiziert erscheine, da das Kind bereits acht Jahre alt ist und die gewaltige Körperlast nur im Sinne der Vermehrung der Deformität wirken würde.

Eiselsberg möchte im allgemeinen ohne den vorliegenden Fall, der in Anbetracht der Schwere und Dicke der Patientin eine Spontanheilung fraglich erscheinen läßt, doch zur Vorsicht bei der Indikationsstellung chirurgischer Eingriffe in solchen Fällen auffordern.

Heinrich Paschkis demonstriert zwei Fälle mit eigentümlicher Deformierung von menschlichen Haaren. Das Haar sieht umgekehrt wie eine Vogelfeder aus (Zerschleißung). Diese Zerschleißung des Haares ist sehr selten und hat Redner bis nun noch keinen Fall vorher gesehen.

Falta berichtet über gemeinsam mit Staehelin und Grote an der medizinischen Klinik in Basel ausgeführte Respirationsversuche an pankreasdiabetischen Hunden. Die Autoren kamen zu folgenden Ergebnissen: Die Hungereiweißzersetzung ist bei pankreasdiabetischen Hunden enorm gesteigert (3—4½fach). Auch der Gesamtumsatz erwies sich im Gegensatz zu den bisher in der Literatur vorliegenden Versuchen als gesteigert. Schon die Steigerung des Eiweißumsatzes ließ nach der Rubnerschen Lehre von der spezifisch-dynamischen Wirkung des Eiweißes eine Steigerung des Gesamtumsatzes erwarten. Doch war die Steigerung tatsächlich noch wesentlich größer, da auch eine Steigerung der Fettzersetzung vorhanden war.

Hans Salomon bemerkt, daß gewisse Angaben über den menschlichen Diabetes durch die Befunde Faltas nunmehr eine neue Beleuchtung finden; so z. B. daß bei schweren Diabetikern eine Steigerung der Sauerstoffzehrung um zirka 10—30% konstatiert wird.

Karl v. Noorden bespricht die von Falta erwähnte Tatsache, daß in älteren Fällen von Diabetes ein viel höherer Blutzuckergehalt gefunden wird als in frischen Fällen. Bei normalen Menschen findet man gewöhnlich 0·7—0·85‰ Zucker im Blut. In frischen Fällen von Diabetes tritt schon bei zirka 1‰ Blutzuckergehalt Glykosurie auf. Die Niere ist also äußerst empfindlich gegenüber einer höchst geringen Steigerung des Blutzuckers. In älteren Fällen von Diabetes trifft man zunächst viel höhere Zuckerwerte im Blute an; und wenn man durch Entziehung von Kohlehydraten die Leute aglykosurisch macht, so bleibt trotz des Verschwindens der Glykosurie zunächst ein weit über die Norm gesteigerter Blutzuckergehalt. (2‰ Blutzucker und mehr.) Die Nieren scheinen im Verlaufe des Diabetes an Zuckerdichtigkeit zu gewinnen. Bei Komplikationen mit Morbus Brightii steigt die Zuckerdichtigkeit der Nieren noch weit höher an (bis 5 und 6‰ Blutzucker); in den letzten Stadien der Nephritis, beim Ausbruch urämischer Erscheinungen, wurden sogar bis 10‰ Blutzucker gefunden, während im Harn entweder gar kein Zucker auftrat oder nur höchst unbedeutende Mengen, die zu der Höhe des Blutzuckers in gar keinem Verhältnisse standen. In diesen Fällen beweist die Hyperglykämie, daß die diabetische Erkrankung noch fortbestehe und solche Fälle von Diabetes nehmen, wenn eine vollentwickelte Schrumpfniere sich hinzugesellt hat, in der Regel einen recht üblen und schnellen Verlauf.

Auf die Frage Paulis, wie sich die Diabetiker mit so hochgradiger Hyperglykämie ohne Glykosurie physisch befindet, erwidert

v. Noorden, gewöhnlich sehr gut, wenn man ihnen die Kohlehydrate weiter entzieht, wodurch in einigen Tagen der Blutzuckergehalt ebenfalls sinkt.

Artur Weiß hat gemeinsam mit Mautner im Laboratorium (Monti) bakteriologische Untersuchungen mit einem von ihm konstruierten Desinfektionsapparat für Katheter, Zystoskope und anderweitige urologische Instrumente durchgeführt, wobei er das Autan, ein Formaldehydpräparat, verwendete. Das Autan, ein aus Paraform und Metallsuperoxyden bestehendes Pulver wird durch Zusatz der gleichen Menge Wassers in gasförmiges Formaldehyd und Wasserdampf zerlegt, welche in dichten Dämpfen bald den zu desinfizierenden Raum, resp. das Gefäß erfüllen. Die vom Vortragenden und Mautner durchgeführten informativen Desinfektionen großer Räume ergaben nur verhältnismäßig gute Resultate, da große Mengen von Autan notwendig wären, um größere Räume sicher zu sterilisieren. Für Zwecke der Instrumenten- resp. Kathetersterilisation eignet sich jedoch diese Sterilisierung ganz gut, doch müssen die Instrumente einer Einwirkung der Dämpfe in der Dauer von mindest 3—6 Stunden ausgesetzt werden, da eine nur eine Stunde dauernde Wirkung der Dämpfe kaum das Bacterium coli sicher abzutöten vermag. Nach sechsstündiger Desinfektion sind Bacillus pyocyaneus, Staphylococcus pyogenes aureus, Typhusbazillen, Diphtheriebazillen, Anthraxbazillen sicher abgetötet. Der vom Vortragenden konstruierte Apparat besteht aus einem Glasgefäße, in dem die Autandämpfe zur Entwicklung gebracht werden, indem 7 *cm*³ des Pulvers mit 10 *cm*³ Wasser verrührt werden und sodann ein oben verschlossener Glaszylinder daraufgestülpt wird, in dem die zu desinfizierenden Instrumente sich befinden. Das Glasgefäß, in welches auch Vaginalspekula und andere Instrumente zur Desinfektion, bezw. sterilen Aufbewahrung hineingehängt werden können, bleibt bis zur Gebrauchsentnahme geschlossen. *i. m.*

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter".)

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 11. April 1907.

Rudolf Neurath zeigt einen Fall von Mongolismus, kombiniert mit myxödemähnlichen Symptomen. Abgesehen von typischen Erscheinungen des Mongolismus, wie Gesichtsausdruck, Idiotie, schlaffe Gelenke, Nabelhernie usw., zeigt der kleine Patient noch Symptome von Myxödem: Polsterartige Beschaffenheit der Haut, große, aus dem Munde heraushängende Zunge, subnormale Temperatur, behindertes Längenwachstum. Thyreoidea verkleinert. Schilddrüsenbehandlung hatte keinen Erfolg.

Wilhelm Knöpfelmacher stimmt der Diagnose Neuraths nicht ganz zu, indem er meint, daß alle angeführten Symptome bei Mongolismus allein auch vorkommen. Auch das Versagen der Schilddrüsentherapie spreche für seine Ansicht.

Karl Hochsinger erwähnt, daß es ihm öfters bereits aufgefallen sei, daß Mongolismusfälle Anklänge an Myxödem zeigen.

Josef Friedjung hat einen ähnlichen Fall beobachtet, bei dem Schilddrüsentherapie an dem Bilde nichts zu ändern vermochte.

Norbert Swoboda weist auf das gleichzeitige Vorkommen von hereditärer Lues mit Myxödem oder mit Mongolismus vor, was er in je einem Falle beobachtet hat.

Neurath weist in seinem Schlußworte darauf hin, daß die an Myxödem erinnernden Hautveränderungen, die sackartigen, wie zu weiten Integumente der Extremitäten, die leichte Verdickung der Haut, die große Zunge, die immerhin kurzen Oberarme, die subnormale Körpertemperatur (35·6° C), das Zurückbleiben des Längenwachstums ihm dafür zu sprechen scheinen, einer Gruppe der mongoloiden Idiotie, wenigstens symptomatisch dem Myxödem näher zu rücken.

Arthur Schüller demonstriert ein zwölfmonatliches Mädchen mit Mikromelie (Achondroplasie). Körperlänge 57 *cm*; Cranium hydrocephal, Horizontalumfang 52 *cm*. Wirbelsäule im Lendenteil kyphotisch. Extremitäten in charakteristi-



scher Weise kurz und plump. Die Diaphysenenden der langen Röhrenknochen zeigen am Röntgenogramme dütenförmige Verbreiterung. Intelligenz völlig normal. Es soll ein therapeutischer Versuch mit Hypophysentabletten gemacht werden.

Swoboda macht darauf aufmerksam, daß chondrodystrophische Individuen zwar in der Regel eine starke Lordose zeigen, daß aber merkwürdigerweise, wie im demonstrierten Falle, auch Lumbalkyphose relativ häufig vorkommt.

Karl Ullmann stellt ein 13jähriges Mädchen mit Sklerodermie en plaques et bandes vor. Seit 3/4 Jahren zeigt es die typischen Hauterscheinungen einer Sklerodermie en plaques, die auf der Haut des Rückens, Stammes und Bauches zerstreut sind. Von größerem Interesse ist das Vorhandensein einer Peliosis sowohl in den Kopf- als auch an den bereits seit zwei Jahren entwickelten Schamhaaren; zahlreiche Haare sind in toto grau. Im Kopfhaare ist die Erscheinung ganz diffus über das ganze Kapillitium verteilt. Das Zusammentreffen dieser für ein 13jähriges kräftiges, noch nicht menstruiertes Mädchen ganz auffallenden Pigmentveränderung ist bei Sklerodermie meines Wissens nicht oder sehr selten beobachtet worden. Die Erscheinung paßt ganz gut zu der in neuerer Zeit wohl wieder mehr in den Vordergrund tretenden vasomotorisch neurotrophischen Ätiologie der Sklerodermie. Er führt dies nicht auf die Sexualität, sondern auf die größere Impressionabilität und Debilität der vasomotorischen Zentren zurück. Hiefür spräche wie hier das Vorkommen von Sklerodermie bei Kindern.

Arthur Goldreich demonstriert ein vierjähriges Mädchen mit einer Störung in der Entwicklung der Milchzähne. Der Oberkiefer trägt vier weit voneinander abstehende Zähne, die wie Eckzähne aussehen, und zwei Mahlzähne. Der mittlere Anteil des Unterkiefers ist atrophisch und zahnlos. Hier waren auch nach der verläßlichen Angabe der Mutter niemals Zähne vorhanden. In der linken Unterkieferhälfte sind im ganzen ein Eckzahn und ein Mahlzahn, in der rechten ein dem Durchbruche naher Eckzahn und ein Mahlzahn sichtbar, also im ganzen nur neun fertige Zähne. Hereditäre Lues ist nicht auszuschließen.

Hochsinger demonstriert das anatomische Präparat von Hodentuberkulose jenes einjährigen Knaben, welcher von ihm in letzter Sitzung unter dieser Diagnose vorgestellt wurde; die Diagnose erwies sich als richtig. Das untere Drittel des rechten Hodens ist zu einer tuberkulösen Kaverne mit käsigem Inhalt umgewandelt.

Weiters zeigt Hochsinger Röntgenphotographien eines Falles von angeborener Mesokardie mit Herzhypertrophie. Der Patient, ein 11jähriger Knabe, leidet an Herzklopfen, Oppressionsgefühl auf der Brust, Dermographismus. Puls über 120, Spitzenstoß in der Mitte zwischen Mamilla und Sternalrand. Absolute Herzdämpfung bis zum rechten Sternalrand nach links viel kleiner als normal, Töne rein. Das Röntgenbild bestätigte, daß das Herz in der Mitte des Sternums liegt. Angeborener Zustand.

Schließlich zeigt Hochsinger noch Röntgenaufnahmen von einfacher Herzhypertrophie, die keinerlei Symptome einer Herzerkrankung machen.

Karl Zuppinger: Zur Therapie der Larynxpapillome im Kindesalter. Vortragender konnte trotz zwölfjähriger Spitalspraxis bisnun nur drei Fälle beobachten. Die Therapie, bestehend in Laryngotomie oder Laryngofissur oder Tracheotomie, konnte oft Rezidive nicht verhindern. Oft jedoch trete Involution der Papillome nach längerem Tragen der Kanüle ein. Doch berge das längere Tragen einer Kanüle im Kindesalter viele Gefahren in sich. Zuppinger bespricht noch weiters die Anwendung des Lörischen Katheders. Derselbe ist ein gekrümmter Metallkatheder mit einem dem Alter des Kindes entsprechenden Lumen, an beiden Enden offen, so daß das Kind während der Anwendung desselben atmen kann. In vier zirka 1 *cm* lange spitzorale Fenster am Rande der vorderen Öffnung verfangen sich die Papillome und werden durch eine Bewegung des Instrumentes abgeschnitten. Empfohlen wird auch zur Entfernung der Papillome vielfach ein harter kurzer Pinsel. Die interne Therapie (Arsen, sehr stark verdünnte Salpetersäure, Inhalationen) führt sehr selten zu Erfolg.

Bernhard Panzer hält die endolaryngeale Entfernung der Papillome mittels Kehlkopfpinzette unter Leitung des Spiegels für die idealste. Die Operation soll in der Kokainanästhesie, nie in Chloroformnarkose vorgenommen werden. Für sehr unruhige Kinder bleibe nur die Tracheotomie übrig. Gegen die Methode, die papillomatösen Exkreszenzen mit einem Pinsel zu entfernen, spricht die leichte Infektionsmöglichkeit. Was die Methode der Operation mittels gelochten Katheders betrifft, kann dieselbe wohl nur als Notverfahren bei momentaner imminenter Erstickungsgefahr gelten, wenn man die sofortige Tracheotomie umgehen will. *i. m.*

VI. Aus der Praxis.

Phorxal ist eines der hervorragendsten Nährpräparate der Neuzeit, ein aus dem Blute der Mastochsen wasserlösliches Eiseneiweiß von höchster Wirksamkeit.

Wir ergreifen gerne Gelegenheit, dieses in der medizinischen Welt schon seit Jahren bestens bekannte Produkt unseren Lesern wärmstens zu empfehlen.

Es hat vor anderen Hämoglobinpräparaten den großen Vorzug leichter Verdaulichkeit und wird stets gerne genommen.

Die Fabrik erzeugt es sowohl in flüssiger, als in pulverförmiger oder Tablettenform.

Über die Behandlung der Erkrankungen des äußeren Ohres. Von Prof. Dr. Albert Denker. (Fortsetzung.)

Von Neurosen des äußeren Ohres sind Anästhesie, Hyperästhesie, Pruritus und Neuralgie beobachtet worden. Eine äußerst hartnäckige Affektion ist der von heftigem Hautjucken begleitete Pruritus; häufig trotzt er jeder Behandlung. Lindernd wirken bisweilen Bor- oder Menthollanolin oder das Einstäuben von Alaunpulver, auch soll das Einpinseln der Gehörgangswand mit 4—10%iger Höllensteinlösung häufig von gutem Erfolg sein. Neuralgien treten bei nervösen Personen meistens in Verbindung mit Trigeminusneuralgie, bei Migräne und bei Einwirkung kalter Luft auf; in letzterem Falle ist bei rauhem Wetter im Freien das Tragen von Watte im Ohr zu empfehlen.

Wir gehen nun zu den entzündlichen Erkrankungen des äußeren Gehörganges über, von denen wir die ekzematösen Affektionen, die vielfach zugleich die Ohrmuschel betreffen, schon vorweg genommen haben. Man unterscheidet eine zirkumskripte und eine diffuse Otitis externa. Die zirkumskripte Entzündung des äußeren Gehörganges, der Furunkel, ist eine recht häufige Erkrankung; sie lokalisiert sich in dem knorpeligen Gehörgang, d. h. in dem Teil des Meatus, welcher reichlich mit Drüsen und Haaren versehen ist, und kommt zustande durch leichte mechanische Insulte (Kratzeffekt), welche das Eindringen pathogener Mikroorganismen (Staphylococcus pyogenes aureus, albus, citreus) in die Ausführungsgänge der Knäuel- und Talgdrüsen bewirken. Was die Behandlung des Gehörgangsfurunkels anbetrifft, so habe ich im Stadium der diffusen Infiltration gute Erfolge gesehen von Alkoholverbänden; man muß dabei den in Alkohol getauchten Gazestreifen — an der nichterkrankten Gehörgangswand entlang gehend — möglichst tief hineinschieben, die ganze Ohrmuschel in alkoholgetränkte Gaze einhüllen und, mit Guttapercha bedeckt, verbinden. Gleich gute Erfolge werden erzielt, wenn man anstatt des Alkohols eine 10%ige Lösung von essigsaurer Tonerde (Liq. alum. acet. 10·0, Aq. dest. 90·0) verwendet; in vielen Fällen habe ich bei dieser Behandlung die Entzündung, ohne daß es zur Eiterbildung kam, sich zurückbilden sehen. Wenn man den Verband täglich erneuert, beobachtet man dabei keineswegs die bei einfachem, feuchtem Verband mit Wasser gefürchtete Bildung von weiteren Furunkeln in der Umgebung. Läßt sich deutlich eine zirkumskripte Schwellung konstatieren, die auf eine Abszeßbildung hindeutet, so besteht die beste und schnellste Therapie in der Spaltung des Furunkels. Man benutze dazu ein recht scharfes.



sichelförmiges oder zweischneidiges Messer und inzidiere möglichst tief; oft ist die an sich schon sehr dicke Kutis des knorpeligen Gehörganges durch die Infiltration stark geschwellt, so daß man mehrere Millimeter tief einschneiden muß, bis man auf den nekrotischen Pfropf oder den Abszeß kommt. Wenn man nicht tief genug indiziert, bereitet man dem Pat. unnötigerweise einen starken Schmerz, ohne ihm Linderung zu verschaffen. Nach der Inzision führt man in den Spalt einen Jodoformgazestreifen oder legt einen Alkoholverband an. Kleine Granulome, die bisweilen an der Inzisionsöffnung entstehen, müssen abgetragen oder weggeätzt werden.

(Schluß folgt.)

VII. Notizen.

Universitätsnachrichten. An den Lehrkanzeln für Augenheilkunde im Deutschen Reiche ist in der letzten Zeit eine bedeutende Verschiebung eingetreten. Die Professoren Saemisch in Bonn, Völckers in Kiel und Laqueur in Straßburg sind wegen vorgerückten Alters vom Lehramte zurückgetreten. Nach Bonn wurde Professor Kuhnt aus Königsberg berufen, der Nachfolger von Völckers wurde Schirmer aus Greifswald und an Stelle von Laqueur berief man Professor Wagenmann aus Jena. Der Lehrstuhl, den Kuhnt inne hatte, wurde sofort durch Krückmann, außerordentlichen Professor in Leipzig, besetzt, während jener in Greifswald dem Privatdozenten und Titularprofessor Dr. Heine in Breslau verliehen wurde. Die Professur in Jena ist vorläufig noch erledigt und harrt ihrer Besetzung. Zweifellos wird sich auch für diese sehr bald ein würdiger Fachmann finden, da die Auswahl eine sehr große ist. Heil dem Lande, das so reich an Hochschulen und noch reicher an hervorragenden Lehrern und Forschern ist. Das Ergebnis ist fast ungestümes und doch heilsames Fortschreiten in der Wissenschaft.

Auch in unserem Vaterlande ist ein Wechsel in einem Lehramte zu verzeichnen. Als Nachfolger des im vorigen Sommer vertorbenen Professor Czermak in Prag wurde Dr. Elschnig, Privatdozent und Titularprofessor der Augenheilkunde in Wien für die deutsche Prager Universität ernannt. Prag gewinnt in Elschnig eine vorzügliche Lehrkraft, welche bereits auf eine rühmliche wissenschaftliche und Forschungsvergangenheit zurückblickt und der altberühmten Schule gewiß zum Segen und zur Ehre gereichen wird.

Hugo Magnus. Am 15. April d. J. starb in Breslau der geheime Medizinalrat und außerordentliche Professor der Augenheilkunde Dr. Hugo Magnus. Er wurde 1842 in Schlesien geboren, legte seine Studien in Breslau zurück, wo er auch seine akademische Laufbahn verfolgte und beschloß. Seine Forschungs- und Schriftstellerarbeiten bewegten sich vorzugsweise auf historischem, zum anderen Teile auf didaktischem Gebiete. Nächst Hirschberg in Berlin und Helfreich in Würzburg gehört er zu den hervorragendsten Fachmännern im Bereiche der Geschichte der Medizin des deutschen Sprachgebietes, wiewohl manches unter seinen Arbeiten auch angefochten wurde. — Sein ophthalmoskopischer Atlas entsprach zwar keinem dringenden Bedürfnisse, erscheint auch neben den Ed. v. Jaegerschen Bildern unbedeutend, gehört aber immerhin zu den besseren, auf diesem Terrain vorfindlichen Leistungen. — Wirklich gut und brauchbar sind seine im Vereine mit „hervorragenden“ Fachgenossen herausgegebenen „Augenärztlichen Unterrichtstafeln für den akademischen und Selbstunterricht“, welche hoffentlich eine Fortsetzung erfahren werden. Es wäre wenigstens verdienstlich, dieser Aufgabe sich zu widmen. S. K.

Galezowski. In Paris ist am 23. März d. J. der im dortigen und auch im europäischen Publikum eine gewisse Berühmtheit besitzende Augenarzt Xavier Galezowski gestorben. Er war 1832 in der Ukraine geboren, wurde 1858 in Petersburg Doktor, erwarb 1865 in Paris abermals die Doktorwürde und gab sich hier ganz der Augenheilkunde hin, in welcher er eine sehr große, ausgebreitete

Mitteilungen zur Morphin-Skopolamin-Narkose Korff. Von Dr. B. Korff, Freiburg i. B. (Berliner klinische Wochenschrift 1906, Nr. 51.)

Zu begrüßen ist jeder Schritt, der zu einer Verbesserung der Narkoseverfahren führt; Korff interessierte deshalb die Idee des Dr. Schneiderlin sehr, Morphium-Skopolamin als Betäubungsmittel zu verwenden.

Wie die Anwendung des Morphium-Skopolamin zu Narkosezwecken zugenommen hat, geht aus folgendem wohl am besten hervor. Vor zwei bis drei Jahren wollte in Freiburg noch niemand die Vorzüge desselben, weder in seiner Verwendung zur Voll-, Halb- oder Teilnarkose, oder als Vorbereitung zur Narkose kennen; die Erfahrung fehlte. Wie steht es nun damit heute? Als Korff vor $1^1/_2$ Jahren auf dem Oberrheinischen Ärztetag in Freiburg einen Vortrag über Morphium-Skopolamin-Narkose hielt und darin dieselben Behauptungen verfocht, die den Gegenstand dieser Arbeit ausmachen, da fand ich schon keinen Widerspruch mehr. Schinzinger, an dessen Privatklinik Korff zuerst die Narkosen vornahm, und dessen chirurgischen Erfahrungen auf mehr denn 55jährige chirurgische Tätigkeit zurückgehen, erklärte wiederholt, so ausgezeichnete Narkosen, wie mit Skopolamin-Morphin, nie gesehen zu haben. Hegar sagte Korff gelegentlich einer Unterredung über die Narkose, er betrachte die Anwendung der Morphium-Skopolamin-Narkose als einen der wesentlichsten Fortschritte der letzten zehn Jahre. Auf seiner und seines Sohnes Privatdozent Hegars Klinik wird fast ausschließlich mit Morphium-Skopolamin zur Teil- oder Ganznarkose gearbeitet. Die Herren rühmen namentlich außer anderen Vorzügen das Wegfallen des Erbrechens bei der Kombination der Narkose mit Morphium-Skopolamin während und nach den Laparationen. Auf Prof. Krönigs Universitäts-Frauenklinik wird seit zirka zwei Jahren kaum eine andere Narkose als mit Morphium-Skopolamin in einer oder der anderen Form gemacht.

Gauss, an derselben Klinik, hat die wertvollen Berichte über Halbnarkose mit Morphium-Skopolamin bei 500 Fällen von Geburten geliefert.

Prof. Bloch verwendet seit Jahren mit bestem Erfolge Morphium-Skopolamin.

Auf Grund seiner eigenen und der zitierten Beobachtungen behauptet daher Korff, daß die Skopolamin-Morphin-Darreichung in der Dosis von 10 bis 12 *dmg* Skopolamin und $2^1/_2$ *cg* Morphin an sich geeignet ist, eine andere Narkose zu ersetzen.

Zum Schlusse erwähnt Korff, daß sich die Narkose noch besonders empfehlen dürfte für Länder, in denen wegen enormer Hitze und Verdunstung Chloroform und Äther schwer zu halten und zu transportieren sind, also besonders auch für Kolonien.

In den ersten Jahren verwendete Korff wesentlich Mercksche Präparate zu meinen Arbeiten. Seitdem benutzte Korff selbst und gab anderen zu gleichem Zwecke seit zirka einem halben Jahre das neue und wesentlich verbesserte Scopolamin hydrobr. Riedel. Die Firma J. D. Riedel, Aktiengesellschaft, Berlin, hat auf seinen Vorschlag und nach langem Ausprobieren und Überlegungen Ampullen herstellen lassen aus bestem Jenaer braunem Glas, mit zugeschmolzenem Halse und sterilisiertem Inhalt, höchst einfacher und handlicher Art, die sich nach seinen Erfahrungen tadellos mehrere Monate lang gehalten haben, ohne die geringste Veränderung in Aussehen oder Wirkung erkennen zu lassen, und ohne jede unerwünschte Nebenwirkung. Das Präparat hat sich vorzüglich bewährt. Jede Ampulle enthält die zur Narkose nötige Menge von reinstem

Scopolamin hydrobr. 0·0012
Morphin mur. 0·03.

Praxis erwarb. In seiner Privatklinik fanden viele französische Augenärzte ihre Ausbildung. Seine ophthalmologisch-schriftstellerische Tätigkeit war auch ziemlich intensiv, indessen konnte er bei den Fachgenossen Mitteleuropas, besonders Deutschlands und Österreichs jene Anerkennung als Augenarzt nicht finden, auf welche er Anspruch zu erheben das Recht zu haben glaubte. Er bot der Kritik viele Angriffspunkte und viele seiner Behauptungen konnten nicht ohne Widerspruch bleiben. Indessen hat er immerhin das Verdienst, den Unterricht in der Augenheilkunde in Frankreich zu einer Zeit kultiviert zu haben, da es dort für dieses Fach noch keine offizielle Vertretung gab. Es ist überhaupt das eigentümliche Geschick Frankreichs hervorhebenswert, wonach dort die moderne Augenheilkunde, wie sie sich an das Wirken Desmarres', des hervorragenden Meisters dieser Disziplin in der vorophthalmoskopischen Zeit anschloß, von lauter Ausländern, vornehmlich Angehörigen des deutschen Stammes, repräsentiert erscheint. Zu nennen sind diesbezüglich der berühmte Julius Sichel der Ältere, aus Frankfurt a. M. stammend, dessen Landsmann Louis v. Wecker, der Berliner Eduard Meyer, ein unmittelbarer Schüler v. Graefes, dann Richard Liebreich, v. Graefes gewesener Assistent, endlich der Pole, welchem diese Zeilen gelten, und noch andere und daß, als eine offizielle Lehrkanzel für Ophthalmologie dort errichtet wurde, diese dem geborenen Griechen und nur spät naturalisierten Franzosen Panas verliehen ward, der sie übrigens zu einem gewissen Ruhme emportrug. Erst in der jüngsten Zeit, in den letzten Dezennien des abgelaufenen Jahrhunderts bemächtigten sich die Franzosen dieser Aufgabe und zwar mit Eifer und auch mit Erfolg.

Von den zahlreichen größeren und kleineren Schriften Galezowskis, deren einzelne monographischen Charakter haben, sei nur sein Lehrbuch der Augenheilkunde (Traité des maladies des yeux), welches mehrere Auflagen erlebte, hervorgehoben, sowie es auch vermerkt zu werden wert ist, daß er die erste französische Zeitschrift für Augenheilkunde begründete, das „Journal d'ophthalmologie", dessen Benennung später in „Recueil d'ophthalmologie" umgeändert wurde. S. K.

VIII. Eingesendet.

Kundmachung. Es sind zwei Gottfried Mosingsche Universitäts-Fakultätsstipendien von jährlich à 500 K in Erledigung gekommen und vom 1. Semester 1907 an zu verleihen. Zum Genusse dieser Stipendien sind nur wirklich arme Studierende der medizinischen Fakultät an der Wiener Universität, welche sonst keine Unterstützung genießen, und zwar nur National-Ungarn, Österreicher oder Tiroler berufen. Bewerber um diese Stipendien haben ihre mit den Studien-Mittellosigkeits- und Impfungszeugnissen und dem Heimatsscheine belegten und mit der Bestätigung von seiten des Dekanates der medizinischen Fakultät bezüglich der Würdigkeit zum Stipendiumbezuge versehenen Gesuche, welche der gesetzlichen Stempelpflicht nur dann nicht unterliegen, wenn sie mit einem legalen Armutszeugnisse versehen sind, beim Präsidium des Wiener medizinischen Doktoren-Kollegiums, I., Rothenturmstraße Nr. 19, bis längstens 30. Mai 1907 einzureichen.

Vom Wiener medizinischen Doktoren-Kollegium.



Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 21. Wien, 25. Mai 1907. **Nr. 21.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die chirurgische und die interne Behandlung der Appendizitis.

Von **Dr. J. Franke.**

Es war vorauszusehen, daß der natürliche Gegensatz zwischen Internisten und Chirurgen sich in der Appendizitisfrage neu entzünden werde. Und kaum hatten die Chirurgen mit einem kühnen Ritt das ganze Gebiet der Appendizitis für sich in Anspruch genommen, so daß einige Chauvinisten unter ihnen verlangten, man solle jedem Neugeborenen für jeden Fall den Appendix entfernen, erhoben die Internisten ihre warnende Stimme.

Die letzte größere Diskussion fand im naturhistorisch-medizinischen Verein Heidelberg statt. Jordan griff vom chirurgischen Standpunkte die Pfistersche Arbeit an. Nach der „Deutsch. med. Wochenschr.“ sprach er wie folgt:

Die Hauptgefahr droht dem Appendizitiskranken von dem Übergreifen des Prozesses auf das Peritoneum. Während die Appendicitis simplex nur in seltenen Fällen durch Infektiosität des Inhaltes des Wurmes gefährlich werden kann, in der Regel glatt verläuft, bringt die Appendicitis destructiva (gangraenosa, perforativa) erstens die Gefahr der freien Peritonitis, zweitens die Abszeßbildung und mit dieser eine Reihe von Komplikationen, und drittens die Gefahr der Sepsis. Die Natur findet auch bei diesen komplizierten Verhältnissen nicht selten die Wege zur Heilung, indessen besteht hinsichtlich dieser spontanen Heilungen keinerlei Sicherheit und keine Voraussicht.

Die interne Medizin ist den Gefahren der schweren Appendizitis gegenüber machtlos. Sie kann Schädlichkeiten abhalten, also indirekt wirken, hat aber keine Mittel, die Entzündung selbst und ihre Folgen zu beeinflussen. Das in letzter Zeit von Moossbrugger empfohlene Kollargol hat sich auch bei der Nachprüfung in der hiesigen Medizinischen Klinik als völlig unwirksam erwiesen, ein Heilserum existiert noch nicht. Die Vermeidung von Schädlichkeiten, die Unterstützung des spontanen Ablaufes, laufen hinaus auf eine gewisse Ruhigstellung des Entzündungsgebietes. Die Faktoren dazu sind: absolute Bettruhe, möglichste Ausschaltung der Darmperistaltik durch Beschränkung der Nahrungszufuhr (Abstinenz), Vermeidung von Abführmitteln, Darreichung von Opium. In Übereinstimmung mit Herrn Dr. Pfister möchte ich vor Abführmitteln, die ich in praxi noch relativ oft verabreichen sehe, bei jedem Fall von Appendizitis dringend warnen.

Dr. Pfister spricht in seiner Abhandlung von der Heilung der Appendizitis durch Eis und Opium, scheint also anzunehmen, daß diesen Mitteln eine gewisse spezifische Wirkung zukomme, und empfiehlt sie der Ärzten „zur Anwendung bei allen Fällen von Appendizitis, mit Ausnahme der schwersten mit Erscheinungen von beginnender diffuser Peritonitis einhergehenden“. Das Opium soll in großen Dosen gegeben werden, und zwar in leichten Fällen in der Menge von 10 Tropfen Tinctura simplex zwei- bis dreimal täglich, in jedem schwereren Fall von 10—15 Tropfen zweistündlich; viele Patienten der inneren Klinik bekamen fünf bis sieben Tage hintereinander täglich 120 Tropfen Opium. Während der Dauer der akuten Erscheinungen wird ferner eine Eisblase auf die Zökalgegend appliziert. Bei dieser Behandlungsmethode sollen die meisten Fälle von Appendizitis auch ohne Operation heilen.

Wer öfter Frühoperationen gemacht und gesehen hat, wie es bei mittelschweren und schweren Fällen im Abdomen aussieht, wie oft der Appendix zum Platzen mit Eiter gefüllt, gangränös ist, in beginnender Perforation sich befindet, verliert den Wunderglauben an Eis und Opium. Die Eisblase kann, besonders bei einigermaßen fetter Bauchwand, auf die tiefliegende Entzündung unmöglich einen wesentlichen Einfluß ausüben, sie kann höchstens schmerzlindernd wirken; unseren heutigen Anschauungen über die Entzündung und ihre Behandlung dürfte zudem mehr die Verwendung der Wärme entsprechen; ich persönlich ziehe in der Mehrzahl der Fälle den Wärmsack der Eisblase vor. Durch Opium können wir eine gewisse Ruhigstellung des Darmes herbeiführen, und deshalb wäre seine kurze Anwendung ohne Bedenken, wenn ihr nicht direkte Nachteile gegenüberständen, auf die ich später zu sprechen komme. Wie auch v. Krehl*) ausführt, ist bei der Appendicitis simplex die direkte Ruhigstellung des Darmes nicht möglich, vielleicht sogar manchmal schädlich durch Unterhaltung der Obstipation, und bei den mittelschweren und schweren Fällen kann das Opium nichts nützen, da es auf die Bildung und Festigkeit der Adhäsionen keinen direkten Einfluß zu üben vermag. Dazu kommt, daß das Gros der

*) v. Krehl, Einige Bemerkungen über die Behandlung der Blinddarmerkrankungen. Deutsche medizinische Wochenschrift 1906.

Fälle nach manchmal anfänglichen Durchfällen tagelang spontane Verstopfung zeigt, die Anwendung des Opiums daher unnötig ist. Aber selbst wenn man den Standpunkt vertritt, daß das Opium eine günstige Wirkung auf die Abgrenzung des Entzündungsherdes übe, so ist nicht klar, warum das Opium tagelang — auch nach Rückgang der akuten Entzündung — weitergegeben werden soll, nachdem schon wiederholt spontaner Stuhl eingetreten ist.

Nach meiner Überzeugung wäre das Gros der Fälle auch ohne Eis und Opium zur spontanen Heilung gekommen. Ich glaube daher nicht, daß dieses Material der inneren Klinik dazu geeignet ist, Schlußfolgerungen auf die Behandlung der Appendizitis im allgemeinen abzugeben, die günstigen Resultate der leichten Fälle zugunsten der internen Behandlung der Erkrankung in die Wagschale zu werfen. Die Heilung der 65 intern behandelten Fälle bedeutet übrigens nur eine Heilung des Anfalles, nicht der Erkrankung als solcher, denn der Anfall ist bekanntlich in vielen Fällen nur eine Etappe der Krankheit.

Wie steht es mit der Zukunft dieser geheilten Patienten? Eine Statistik exspektativ behandelter Fälle kann nur Wert haben, wenn sie die Endresultate nach Jahren berücksichtigt.

Dr. Pfister schließt aus den Heilresultaten mit der Opium- und Eisbehandlung, „daß bei richtig angewandter interner Therapie wirkliche Erfolge bei der Blinddarmentzündung gezeitigt und daß eine große Anzahl selbst schwerer Fälle (mit Perforation) ohne Operation zu dauernder Heilung gebracht werden können." Den Beweis dieser wichtigen und folgenschweren Behauptung bleibt er uns aber schuldig: „Nur wenige Fälle konnten nachuntersucht werden, diese wenigen befanden sich ganz wohl."

Die Erfahrung ergibt, daß nach der sogenannten Heilung der Patient in Gefahr ist, chronische Beschwerden zurückzubehalten oder neue Anfälle zu bekommen. Auch nach einfachen Entzündungen behält der Wurmfortsatz oft bleibende Veränderungen zurück (Knickung, Striktur, Hohlraumbildung), die den Boden für neue Entzündungen abgeben. In zahlreichen Fällen treten in der Tat Rezidive auf, nach Wochen, nach Monaten, nach vielen Jahren; die rezidivierende Entzündung kann leichter sein, ist aber vielfach auch schwerer als die vorausgegangene, und wir haben keinerlei interne Mittel, die Rückfälle zu verhüten, sie in ihrem zeitlichen Auftreten, in ihrem Charakter zu beeinflussen.

Ein Patient, der intern von einer Appendizitis geheilt ist, ist also in steter Gefahr, eine neue Attacke zu bekommen, die ihm unter Umständen das Leben kosten kann.

Die Insuffizienz der internen Therapie bei den schweren Appendizitisfällen und bei der Entstehung der Rezidive hat das Bedürfnis nach chirurgischer Behandlung gezeitigt, und indem ich mich nun dieser zuwende, möchte ich eine Einteilung treffen in: 1. die chirurgische Behandlung der akuten, 2. der rein chronischen Appendizitis, und bei der akuten Appendizitis will ich unterscheiden die Behandlung des Frühstadiums, des intermediären und des Spätstadiums, sowie endlich der abgelaufenen Erkrankung. Der folgenden Darlegung der Indikationen zum chirurgischen Eingreifen lege ich speziell die Erfahrungen zugrunde, die ich an 100 operativ behandelten, alle Stadien und Intensitätsstufen der Perityphlitis betreffenden Fällen meiner Privatpraxis gemacht habe.

Der mehr konservativ-chirurgischen Richtung der Neunzigerjahre folgte von 1899 ab die Frühoperation, die jetzt im Vordergrund der operativen Therapie steht. Sie verfolgt bekanntlich den Zweck, im Initialstadium der Appendizitis den Appendix abzutragen, ehe er seinen unheilvollen Einfluß auf das Bauchfell geltend macht, das heißt vor der Perforation oder unmittelbar nach derselben. Dieses Ziel wird um so sicherer erreicht, je früher der Eingriff erfolgt („allerfrüheste Frühoperation" Riedels).

Da die Fälle von Appendicitis simplex in der Regel einen glatten Ablauf des Anfalls bieten und Lebensgefahren eigentlich nur bei der Appendicitis destructiva drohen, so läge es nahe, die chirurgische Indikation auf diese letztere zu beschränken und die Appendicitis simplex den Internen zu überlassen. Das Prinzip lautete also entsprechend dem Pfisterschen: die leichten und mittelschweren Fälle sollen exspektativ, die schweren operativ behandelt werden.

(Forts. folgt.)

Kritische Studien zur Immunitätsfrage.

Von **Dr. Bergel**, Hohensalza.

(Fortsetzung.)

Die Aufnahme der bei der Dissimilation zerfallenen und bei der Assimilation zu regenerierenden Atomgruppen geschieht im Körper durch die Nährflüssigkeit. Diese ist infolge der Verdauungstätigkeit des Mundes, des Magens, des Darmes, der Leber, der Bauchspeicheldrüse in bestimmter Weise in lösliche und assimilationsfähige Substanzen umgewandelt, und zwar in solche Stoffe, welche zum Aufbau aller Teile des Körpers dienen sollen. Die assimilationsfähige Nahrung wird durch den Kreislauf des Blutes und durch die Lymphspalten jedem einzelnen Teile des ganzen Körpers in gleicher Weise zugeführt. Hiebei entnimmt jedes Organ bezw. jede Organzelle diejenigen Stoffe der Nährflüssigkeit, welche ihre spezifischen, infolge des Verbrauches beim Stoffwechsel frei gewordenen und eines Ersatzes bedürftigen Valenzen sättigen, eine entstandene Lücke passend ausfüllen können. Diese Aufnahme von Nahrung aus dem zirkulierenden Material ist natürlich keine beliebige, willkürliche, sondern eine genau nach chemischen Gesetzen geregelte, insofern, als nur solche Gruppen, welche bestimmte chemische Verwandtschaft miteinander haben, sich miteinander verbinden. Von einer bewußten Auswahl der verschiedenen Nährmaterialien durch die verschiedenen Organe bezw. Zellen kann infolge dessen nicht die Rede sein, sondern es können nach bestimmten chemischen Gesetzen nur diejenigen Substanzen aufgenommen werden, welche zueinander ein chemisches Bindungsvermögen besitzen und das gerade für diese Valenz frei gewordene Zellmolekül zu restituieren imstande sind. Alle anderen in der Blutflüssigkeit gelösten Substanzen passieren die betreffende Zelle, ohne sich gegenseitig irgendwie zu beeinflussen.

Ähnlich sind die Beziehungen der Organzellen, des Körpergewebes überhaupt, zu den Krankheitserregern. Besteht zwischen Teilen der letzteren und gewissen Körperzellkomplexen eine spezifische chemische Verwandschaft, so ist damit, wie wir gesehen haben, die Vorbedingung für die Einwirkung der Krankheitserreger gegeben. Sind indessen die Atomgruppen des Toxins nicht zur Aufnahme in die Körperzellmoleküle geeignet, das heißt haben sie keine chemische Affinität zueinander, so passieren sie ebenfalls als indifferente Stoffe die Gewebe, ohne irgendwie auf sie einzuwirken. Wenn nun zufälligerweise eine bestimmte Atomgruppe des Toxins eine solche chemische Zusammensetzung hat, daß sie eine Nährstoffatomgruppe zu ersetzen, eine freie Valenz im Körpergewebe zu ergänzen imstande ist, so wird natürlich auch diese von der Zelle ohne Auswahl ebenso wie das chemisch gleichgebaute Nahrungsmittel aufgenommen. In diesem Falle wird also durch eine solche Verankerung eines Toxinkomplexes nicht eine Atomgruppe des Zellmoleküls frei, sondern umgekehrt, die freie Valenz des Zellmoleküls gesättigt. Wenn eben die Bildung der haptophoren Gruppe des Toxins einen ähnlichen Vorgang darstellt wie die physiologische Verankerung eines Nährstoffes durch den Rezeptor der Zelle — und man muß doch annehmen, daß die Atomgruppe, welche von der Seitenkette des Protoplasmas aus dem Toxinmolekül entnommen sind, eine ähnliche oder vielmehr dieselbe chemische Konfiguration hat wie die entsprechende des Nährmaterials — so sieht man nicht ein, warum durch diese Bindung ein Defekt in der Zelle entstanden sein soll. Es liegt viel näher, anzunehmen, daß ein Defekt der Zelle durch die Aufnahme einer passenden Atomgruppe aus dem Toxinmolekül ergänzt wird. Erst durch die Aufnahme dieser Ersatzgruppe, welche hier durch den haptophoren Teil des Toxins geliefert wird, wird die in gewissem Sinne defekte Zelle regeneriert, erst hiedurch ist die für die Lebenstätigkeit der Zelle erforder-



liche Restitution und Brauchbarkeit erzielt. Man kann daher diese Gruppe des Toxins, da sie den Zellmolekülen, den Biogenen, gewissermaßen als Nährstoff dient, die biotrophische nennen. Mit der Bindung der haptophoren, biotrophischen Gruppe ist aber die Giftwirkung des Toxins noch nicht erklärt.

Wenn man nun annimmt, daß kein Defekt in der mit dem Toxinmolekül in Verbindung getretenen Körperzelle entstanden ist, so würden die weiteren Ehrlichschen Folgerungen keine Berechtigung mehr haben, in sich selbst zusammenfallen; es würde dann eine Regeneration des supponierten Defektes nicht erforderlich werden, es könnte also auch keine Überproduktion von Seitenketten, kein Abstoßen derselben in das Blutserum stattfinden und es würde auch keine Antitoxinbildung nach den Vorstellungen Ehrlichs zustande kommen. Die tatsächlich gebildeten Antitoxine müssen also einen anderen Ursprung haben.

Von sehr weitgehender Bedeutung ist daher eine andere Frage, die Ehrlich viel zu wenig betont, und die meiner Ansicht nach in den Vordergrund der Betrachtung gestellt zu werden verdient, nämlich die: Auf welche Weise wirkt nach Verankerung der beiderseitigen haptophoren Gruppen der toxophore Komplex krankmachend, giftig auf den Zellmolekülrest und wie kommt die Genesung dieses einmal befallenen Molekülrestes, die Entgiftung der bereits zur Wirksamkeit gelangten toxophoren Gruppe zustande?

Wenn nach Ehrlichs eigener Anschauung nur solche Substanzen eine Giftwirkung auszuüben imstande sind, die eine chemische Verwandtschaft zu irgend einem Teile des Körpergewebes besitzen und durch die Verbindung der an sich unschädlichen haptophoren Gruppe des Toxins mit dem Rezeptor der Zelle erst die Möglichkeit, die Vorbedingung der Einwirkung der eigentlich gifttragenden, toxophoren Gruppe gegeben wird, so folgt daraus, daß auch die toxophore Gruppe eine chemische Affinität zu dem Zellmolekülrest besitzen muß. Ohne diese chemische Beeinflussung könnte eben eine Einwirkung überhaupt und eine Giftwirkung im besonderen nicht zustande kommen. Es ist nun m. A. nach nicht anzunehmen, daß die chemische Bindung der haptophoren Gruppe mit dem Rezeptor der Zelle gleichartig oder auch nur ähnlich der chemischen Einwirkung ist, welche der toxophore Komplex auf den Gewebsmolekülrest ausübt. Auch die Annahme der bloßen Nahrungsentziehung durch die toxophore Gruppe genügt nicht zur Erklärung. Vielmehr wird man zu der Vorstellung gedrängt, daß es sich in dem ersteren Falle lediglich um eine Sättigung einer frei gewordenen Valenz handelt, welche von statten geht, ohne in der Atomstruktur des Gewebes eine wesentlich körperfremde, vom Normalen abweichende Änderung hervorzurufen. Diese Verbindung der beiden haptophoren Gruppen stellt eben einen ähnlichen Vorgang dar, wie er bei der Nahrungsaufnahme der Zelle vor sich geht, indem nämlich aus der zirkulierenden Nährflüssigkeit chemisch passende Bestandteile in die durch den Stoffwechsel frei gewordenen offenen Atomgruppen eingreifen und hiedurch den in der Zelle entstandenen Defekt decken. Bei dieser Regeneration des Zellmoleküls wird immer nur der spezifische normale Zustand wiederhergestellt, die physiologisch-chemische Konstitution des Moleküls gewahrt. Eine andere Vorstellung muß man sich von der Einwirkung der toxophoren Gruppe auf den Zellmolekülrest machen, und zwar derart, daß durch die Vereinigung, welche die eigentliche Giftwirkung hervorruft, nicht ein bloßer Defekt ergänzt wird, nicht der status quo ante erhalten wird, auch nicht ein vorübergehender Defekt durch Nahrungsentnahme entsteht, sondern daß in dem Körpermolekül durch Abspaltung, Umlagerung oder Anlagerung von Atomgruppen Substanzen sich bilden, welche in ihrer neuen Konstitution und Gruppierung etwas Körperfremdes, Pathologisches darstellen und das Krankheitsbild hervorrufen. Diese Gruppe könnte man im Gegensatz zur biotrophischen als biotoxische bezeichnen. Beiden gemeinsam ist ihre chemische Verwandtschaft zu den Biogenen, der Unterschied besteht in ihrer chemischen Wirkungsart, der Regeneration oder Alteration der Atomgruppen. Solange die biotoxische Gruppe unbeeinflußt und unverändert in ihrer giftig wirkenden chemischen Gestalt verharrt, wird sie ihren körperschädigenden Einfluß ausüben können. Eine wirkliche Regeneration, eine dauernde Heilung des Zellmolekülrestes kann erst dann eintreten, wenn die spezifische Wirkung des toxophoren, biotoxischen Komplexes, die in seiner chemischen Struktur begründet ist, durch eine wenn auch nur geringfügige Änderung seiner Atomenzusammensetzung verloren geht und in eine weniger giftige und ungiftige Substanz umgewandelt, bezw. wenn die Gruppe durch eine andere chemisch gebunden ist. Die Kardinalfrage, wie die Heilung, die Entgiftung der einmal durch die toxophore Gruppe herbeigeführten Schädigung der protoplasmatischen Zellmoleküle zustande kommt, wird durch die Ehrlichsche Antitoxintheorie ihrer Lösung nicht näher geführt. Selbst wenn man die unwahrscheinliche und nicht hinreichend begründete Annahme Ehrlichs zugibt, daß die überregenerierten und in das Serum abgestoßenen Seitenketten die Antitoxine darstellen, welche nach erzielter Immunität bei einer späteren Infektion mit dem betreffenden Krankheitsgift die haptophoren Gruppen des letzteren im Blute verankern, so daß der toxophoren Gruppe die schädigende Einwirkung auf die Zelle genommen wird, so ist eben immer noch die Frage ungeklärt, wie denn im erkrankten Organismus bei dem bereits durch die toxophore Gruppe geschädigten Zellteilen die Heilung zustande kommt, wodurch die schon zur Giftwirkung gelangten toxophoren Gruppen diese ihre Wirksamkeit einbüßen. Da die Haptine zur toxophoren Gruppe gar keine Beziehung haben, so ist es nachträglich, nach der Bindung der haptophoren Gruppe des Toxins mit dem Rezeptor der Zelle, den angeblichen Antitoxinen nicht mehr möglich, die bereits zur Giftwirkung gelangten toxophoren Komplexe unschädlich zu machen und so die krankhaft veränderten Zellmoleküle sich regenerieren zu lassen. Es wird ja durch Ehrlichs Antitoxin gewissermaßen nur eine mittelbare Wirkung erzielt insofern, als, wie bereits gesagt, nach der Immunisierung die haptophoren Gruppen des Toxins schon im Blute durch die abgestoßenen Seitenketten abgefangen werden und hiedurch die toxophoren Gruppen, die an sich unverändert geblieben sind, nicht zur Giftwirkung gelangen lassen. Von einer Beeinflussung der schon in Aktion getretenen toxophoren Gruppen durch Ehrlichs Antitoxin kann nicht die Rede sein, über das Schicksal der von der Antitoxinbildung geschädigten Zellteile sagt die Ehrlichsche Theorie nichts aus.

Ferner ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß die toxophore Gruppe des Toxins, losgelöst von der haptophoren Gruppe, auch zu anderen Atomkomplexen chemische Affinität besitzen und auf diese krankheitserregend wirken könne, als nur zu dem Protoplasmamolekülrest der Zelle, deren Rezeptor sich mit der haptophoren Gruppe des Toxins verbunden hat. Vorbedingung für die Einwirkung des gifttragenden Teiles des Toxins ist eben nur, daß es einen Atomenkomplex im Organismus findet, zu dem es eine spezifische chemische Verwandtschaft besitzt. Es ist denkbar, das Gegenteil ist jedenfalls nicht erwiesen, daß auch ohne Verankerung der sogenannten haptophoren Gruppen bei bestehender chemischer Affinität allein die toxophore Gruppe des Toxins noch andere Atomenkomplexe im Körper findet, auf die sie schädigend einwirken kann, als nur auf den Rest der Zelle, deren Rezeptor sich mit ihrer haptophoren Gruppe verankert hat.

Da man doch annehmen muß, daß die bei akuten Infektionskrankheiten wahrnehmbaren makroskopischen und mikroskopischen organischen Veränderungen im Körper durch die Giftwirkung der Krankheitserreger gesetzt werden, so kann erst durch Unschädlichmachung dieser toxophoren Bestandteile des Krankheitsgiftes die Möglichkeit einer Gesundung, einer Restitution des Körpergewebes gewährleistet werden. Solange die toxophore Gruppe als solche unverändert besteht, muß sie auch wenigstens auf die des haptophoren Komplexes beraubten Moleküle giftig wirken, und zum mindesten kann ihre bereits eingetretene schädliche Wirkung durch Ehrlichs Antitoxin nicht aufgehoben werden.

Ferner ist es mit unseren theoretischen Anschauungen nicht gut vereinbar, daß die von den Körperzellen angeblich abgestoßenen Seitenketten, aus dem Gefüge des Moleküls losgerissene, lockere Atomgruppen, sich bei ihrer gleichmäßigen, unveränderten Zusammensetzung lange Zeit hindurch im Serum des betreffenden Individuums erhalten können, um gelegentlich einmal die haptophore Toxingruppe abzufangen. Eine Änderung ihrer chemischen Struktur würde sie aber natürlich dieser Fähigkeit berauben. Ich habe bereits vor einigen Jahren darauf hingewiesen, „daß man sich überhaupt theoretisch keine rechte Vorstellung davon machen kann, daß Teile eines Protoplasmamoleküls, einzelne lockere Atomgruppen aus dem festen Gefüge eines Moleküls, der kleinsten chemischen Einheit, herausgerissen, ohne jegliche Verbindung mit anderen verwandten Atomenkomplexen, sich so lange Zeit hindurch im Blutserum in derselben chemischen Konstitution erhalten sollen, bis ihnen gerade die Möglichkeit gegeben ist, sich mit den spezifischen Toxingruppen zu einer neuen festen Verbindung zu paaren. Jedenfalls ist die Vorstellung nicht gut möglich und widerspricht allgemein gültigen theoretischen Begriffen, daß die Seitenketten als freie Atomgruppen von bestimmter Konfiguration ohne Zusammenschluß mit anderen Atomkomplexen zu einem festgefügten Moleküle längere Zeit unverändert im Blutserum herumschwimmen.“ Da die abgestoßenen Atomgruppen eben nur „Seitenketten“ eines chemischen Körpers darstellen, die als solche nur eine sehr labile Zusammensetzung haben können, so müssen sie im Körper entweder weiter verbrannt werden, oder sie gehen mit verwandten Atomgruppen eine neue Verbindung ein. Jedenfalls kann nach unseren theoretischen Begriffen ein so lockerer Teil eines Moleküls nicht gewissermaßen als selbständiger Körper von unveränderter chemischer Konstitution sich lange Zeit hindurch in den Körpersäften erhalten. Man kann doch unmöglich biologische Vorgänge im lebendigen Protoplasmamolekül gleichsetzen oder auch nur in Parallele ziehen mit chemischen Prozessen, wie sie sich etwa bei der Einwirkung zweier anorganischer Körper aufeinander vollziehen. Es muß natürlich ein großer Unterschied bestehen zwischen den Vorgängen innerhalb eines lebendigen, in ununterbrochener Aktion seine Atome befindlichen Protoplasmamoleküls und dem ruhenden, in seiner chemischen Konstitution sich stets gleichbleibenden Molekül eines toten Körpers. Es ist ja geradezu, wie wir oben bereits hervorgehoben haben, ein Charakteristikum für die lebendige Substanz, daß ihre Atomenkomplexe eine sehr labile Konstitution bestitzen und es bildet vielleicht das wichtigste Merkmal zwischen lebendem und totem Eiweiß, daß in letzterem die Atome stabil, in ersterem sehr labil sind. Auf die Frage, inwieweit die Ehrlichsche Annahme, daß der supponierte Defekt, selbst wenn einer entstanden wäre, nicht bloß ersetzt, sondern im Überschuß gebildet und in das Blutserum abgestoßen wird, an sich überhaupt gerechtfertigt und begründet erscheint, wollen wir hier nicht näher eingehen.

(Fortsetzung folgt.)

Der 28. Balneologenkongreß zu Berlin.

M. Der 28. Balneologenkongreß bot ein erfreuliches Bild der wissenschaftlichen Arbeit unserer Badeärzte; er bewies, daß sie über die Praxis nicht die Theorie vergessen und mit den Fortschritten der medizinischen Wissenschaft, die auch nicht unmittelbar in das Spezialfach einschlagen, gleichen Schritt zu halten wissen. Den eigentlichen Beratungen gingen zwei Vorträge voraus. Den ersten hielt Prof. Dr. Hoffa: Über die Behandlung der Gelenkserkrankungen auf physikalischem und mediko-mechanischem Wege, mit Demonstrationen im mediko-mechanischen Übungssaale des medizinischen Warenhauses, und den zweiten Prof. Wassermann über: Neue Fortschritte in der Diagnostik der Infektionskrankheiten. Hierauf folgte die Besichtigung des neuen Rudolf-Virchowkrankenhauses der Stadt Berlin. Dann wurden die Beratungen eröffnet mit einer Ansprache Liebreichs, der seines Präsidialamtes seit mehr als 20 Jahren mit großem Geschick und, wenn es sein muß, mit Entschiedenheit zu walten versteht. Der Redner lenkte die Aufmerksamkeit der Versammlung auf die jüngste Entwicklung der Bakteriologie als eines Zweiges des medizinischen Wissenschaftsstammes hin. Nur in der Anlehnung an die naturwissenschaftliche Medizin kann die Bakteriologie die Quelle ihrer fortschreitenden Entwicklung finden, während sie andererseits der empirischen Beobachtung nicht zu entraten vermag.

Erster Gegenstand der Verhandlungen war der Vortrag Determanns (St. Blasian) über die Beeinflussung der Viskosität des menschlichen Blutes durch Kältereize, Wärmeentziehung, Stauung u. dgl. m. Die Blutflüssigkeit ist durchaus nicht so konstant in ihrer Zusammensetzung, wie man früher annahm. Vielmehr hängt die Blutbeschaffenheit von sehr verschiedenen Reizeinflüssen ab. Die Viskosität (Klebrigkeit) ist auch nicht konstant, sondern ebenfalls von verschiedenen Reizzuständen abhängig. Es ist daher notwendig, einen Gradmesser für diese Eigenschaft der Viskosität zu schaffen und die Einflüsse zu erforschen, die eine Veränderung der Viskosität herbeiführen. Der Vortragende wird seine neue Untersuchungsmethode auf dem diesjährigen inneren Kongresse erörtern. Durch Kältereiz wird die Viskosität des Blutes beträchtlich verstärkt, vorausgesetzt, daß eine gute allgemeine Reaktion vorhanden ist. Heiße Wasserbäder setzen umgekehrt die Viskosität herab, und zwar bis zu 15% der Norm. Der Grad der Viskosität hängt mit der Masse der im Blute enthaltenen Kolloidsubstanzen zusammen. Vegetarier haben ein Blut von geringgradiger Viskosität. Diese Tatsache ist von allgemeiner Bedeutung. Der Redner hält es für wichtig, die Frage der Viskosität genauer zu studieren. Aus der an den Vortrag sich anknüpfenden Diskussion ergab sich, daß auch vermehrte Wasserzufuhr den Grad der Viskosität, und zwar im negativen Sinne, beeinflußt.

Baur (Nauheim) erörtert die Frage, ob ein übernormaler Blutdruck die Anwendung der kohlensäurehaltigen Solbäder ausschließt. Er verneinte die Frage. Der übernormale Blutdruck wird durch den vorsichtigen Gebrauch der genannten Thermen in den meisten Fällen herabgesetzt und dadurch etwaigen Gefahren wirksam vorgebeugt. Man solle mit indifferenten Thermen und mäßigen Temperaturen beginnen und allmählich zu stärkeren übergehen. Bei sehr hohem Blutdruck ist indessen nach der Ansicht Grödels vor dem Gebrauch dieser Thermen zu warnen. Das ist namentlich bei chronischen Nephritiden zu berücksichtigen. Alle an der Diskussion beteiligten Redner stimmten darin überein, daß die Temperatur der Bäder von entscheidender Bedeutung für ihre Anwendung sind. Hirsch (Nauheim) sprach über Herzfehler im allgemeinen unter starker Berücksichtigung der statistischen Angaben sowie der ätiologischen Momente. Irgendwie Neues brachte der Redner nicht vor. In der Diskussion wurde auf die Wichtigkeit eines vernünftigen, durch den Arzt genau kontrollierten Sportes zur Stärkung des Herzmuskels hingewiesen. Allerdings ist es notwendig, sich vor Übertreibungen zu hüten. Zweckmäßig ist nach Ansicht Hirschs (Kudowa) eine rationelle Ruderbewegung. Von einer sportartigen Betreibung darf indessen keine Rede sein.

Zuletzt sprach noch Franz Grödel (Nauheim) über Versuche mit kohlensauren Gasbädern. Er hat vermittels sehr eingehender Versuche den Einfluß kohlensaurer Gasbäder auf Atmung, Pulsfrequenz und Blutdruck studiert und kommt zu dem Schlusse, daß die Atmung und der Blutdruck durch das Gasbad nicht verändert werden, daß der Puls aber wesentlich beschleunigt wird. Sonach gehört das kohlensaure Gasbad zu den milden Wärmeprozeduren. Die Versuche haben den Beweis erbracht, daß die Hauptwirkung beim kohlensauren Wasserbad auf den Kontrast zwischen thermischer Wirkung des Wassers und derjenigen der Kohlensäure beruht, durch welchen Kontrast die im kühlen kohlensauren Mineralwasserbad zu beobachtende Blutdrucksteigerung in der Hauptsache bedingt ist. Durch Verminderung oder Ausschaltung dieses Kontrastes (z. B. durch höhere Badetemperatur) kann die Blutdrucksteigerung gemildert, ja ganz vermieden werden.

Kohlensaure Mineralbäder können somit zur Übung als zur Schonung des Herzmuskels dienen. Die Diskussion dürfte sich im wesentlichen um die Entscheidung der Frage, ob die Kohlensäure an sich oder ob die Kontrastwirkung als das entscheidende Moment aufzufassen sei. (Schluß folgt.)

II. Referate.

Über morphologische Blutveränderungen bei Masern. Von Dr. Uspensky.

Nach den Untersuchungen des Autors wird die morphologische Zusammensetzung von masernkranken Kindern einer ganzen Reihe von Veränderungen unterworfen, die teils die Zahl der weißen Blutkörperchen an sich und die Beziehungen der einzelnen Formen untereinander, teils die Zahl der roten Blutkörperchen und ihren Hämoglobingehalt betreffen. Diese Veränderungen sind in den einzelnen Stadien der Masern verschieden. In der Inkubationsperiode haben wir eine Hyperleukozystose, die ihr Maximum 8—5 Tage vor Ausbruch des Ausschlages erreicht. Je näher die Periode des Ausschlages kommt, umsomehr fällt die Zahl der meisten Blutkörperchen, und am Ende der Inkubations- und während der Eruptionsperiode tritt eine Hypoleukozytose ein, die am stärksten am 2. bis 3. Tage nach dem Auftreten des Ausschlages ausgeprägt ist. Im weiteren Verlauf der Krankheit wird die Zahl der Leukozyten wieder annähernd normal; am 10. bis 12. Tage der Rekonvaleszenz nimmt die Zahl der Leukozyten wieder zu, aber nicht bedeutend, um dann wieder langsam bis zur Norm zu fallen. Was die einzelnen Formen der Leukozyten anbetrifft, so steigt am meisten die Zahl der Neutrophilen, und bei der Hypoleukozytose vermehrt sich die Ziffer der Lymphozyten. Hienach überwiegen im Inkubationsstadium die gewöhnlichen Elemente, während des Ausschlages aber die Lymphozyten. Die Eosinophilen bleiben sowohl im ersten als im zweiten Stadium der Krankheit ziemlich unverändert. Die Übergangsformen der weißen Blutkörperchen bleiben in der Inkubations- und Rekonvaleszenzperiode ziemlich unverändert, während in der Zeit der Eruption ihre Zahl etwas steigt.

Der Hämoglobingehalt und die Zahl der roten Blutkörperchen sind während der Eruption etwas gesunken, die übrige Zeit hindurch bleiben sie ziemlich normal. Die Veränderungen in den Bestandteilen des Blutes sind am prägnantesten während der Eruptionsperiode ausgeprägt. Dann ist eine deutliche Hypoleukozytose nachzuweisen, eine starke Verringerung der neutrophilen, ein starkes Überwiegen der Lymphozyten, eine Vermehrung der Übergangsformen, eine wenn auch geringe, doch merkbare Verringerung des Hämoglobins und der roten Blutkörperchen. Diese Veränderungen sind charakteristisch bei richtigen Masern; bei irgend welchen Komplikationen verändert sich die Blutmischung je nach dem Charakter der Komplikation. Bei sehr schweren Masernfällen mit gleichzeitigen schweren Komplikationen erscheinen Myelozyten im Blut, die gleichsam auf eine schwere Erkrankung des Organismus hinweisen. Durch systematische Blutuntersuchungen bei Masernkranken kann man leichter und schneller eine Komplikation erkennen und ihr vorbeugen, als es durch klinische Methoden möglich ist. Dieses selbe mikroskopische Bild gibt aber auch Anhaltspunkte, um eine richtige Prognose stellen zu können. In dieser Hinsicht decken sich die Ergebnisse des Autors völlig mit denen von Renaud, daß eine weniger ausgeprägte Hypoleukozytose bis 50% gute Prognose ist, während ein hoher Prozentsatz bis 80 eine schwere Erkrankung anzeigt. Nach den Tabellen des Autors, auf denen die Dauer des Aufenthaltes der Kranken im Krankenhause angeführt ist, kann man leicht nachweisen, daß solche Kinder, bei denen die Hypoleukozytose schärfer ausgeprägt war, länger im Hospital verblieben, ihre Temperatur viel langsamer fiel und ihr Allgemeinzustand sich viel langsamer besserte. Schließlich ist die Blutuntersuchung bei Masern nicht unwichtig, wenn es sich um Differentialdiagnosen handelt, so z. B. bei Röteln, wo die äußerlichen Unterscheidungsmerkmale oftmals nicht zu finden sind. Nach den Untersuchungen von Prof. Tschistowitsch kommen bei Röteln niemals eine Hypoleukozystose und Verringerung der Eosinophilen zur Beobachtung, während dieser Umstand für Masern typisch ist. Ebenso kann das Mikroskop Masern genau von anderen Krankheiten, die im Inkubationsstadium ähnliche Reizerscheinungen der Luftwege aufweisen, unterscheiden, wie Luftwege, Lungenentzündung. Bei diesen Erkrankungen ist regelmäßig eine Hypoleukozytose vorhanden, während ja bei Masern zu Ende der Inkubationsperiode die Zahl der Leukozyten stetig fällt. Ebenfalls mit dem Mikroskop und noch leichter sind Masern von Scharlach, Roseola, Syphilis und Arzneierytheme zu unterscheiden. Bei allen diesen Krankheiten herrscht eine Hyperleukozytose vor, bei Masern aber das Gegenteil.

Schließlich geben uns die Blutuntersuchungen bei Masernepidemien sehr schätzenswerte Aufschlüsse, wenn man über das Isolieren von Kranken ganz im Anfangsstadium schlüssig werden will. Wenn bei einem Kinde während einer Masernepidemie keinerlei andere Anzeichen, außer einer Hypoleukozytose, vorhanden sind, so gibt das uns das Recht, das Kind schon für infiziert zu halten. (Russ. med. Rundschau Nr. 2, 1907.)

*

Über den forensischen Wert des Neisser-Sachsschen Verfahrens der Komplementablenkung. Von Albert Schütze.

Gestützt auf Arbeiten von Bordet und Gengou, sowie spätere, die Befunde dieser Autoren bestätigende Untersuchungen von Moreschi, welche die interessante Beobachtung gemacht hatten, daß bei der Mischung einer Eiweißart mit dem Serum eines mit dieser vorbehandelten Kaninchens das gleichzeitig in dieser Mischung enthaltene Komplement gebunden wird, haben vor etwa Jahresfrist Neisser und Sachs in scharfsinniger Weise die praktischen Konsequenzen gezogen und eine Methode veröffentlicht, welche nach ihrer Angabe den forensisch wichtigen Nachweis von Eiweiß in kleinsten Mengen gestattete. Das von Uhlenhuth, Wassermann und Schütze zur Unterscheidung von menschlichem und tierischem Eiweiß ausgearbeitete Verfahren, welches sich auf Grund vielfacher praktischer Erprobung im Verlaufe der letzten Jahre als durchaus zuverlässig und einwandsfrei bewährt hat, benutzt zum Zwecke der Diagnose die Tschistowitsch-Bordetschen Präzipitine, wobei die Bildung oder das Ausbleiben eines sichtbaren Niederschlages (Präzipitates) nach der Mischung des Blutserums eines mit einer bestimmten Eiweißart behandelten Kaninchens mit dem Untersuchungsmateriale das Kriterium darstellt. Bei der Neisser-Sachsschen Methode dagegen ist das Entscheidende die infolge Komplementbindung hervorgerufene Hemmung der Hämolyse von roten Blutkörperchen einer bestimmten Tierart nach Zusatz von entsprechendem hämolytischen Serum zu einer Mischung aus dem Extrakt des Untersuchungsmaterials, dem Serum eines mit bestimmten Eiweißstoffen behandelten Tieres und dem zur Hämolyse notwendigen Komplement. Die Tatsache nun, ob diese Komplementbildung bezw. -ablenkung erfolgt ist oder nicht, stellt man dadurch fest, daß man der eben erwähnten, aus drei Komponenten (Untersuchungsmaterialantigen, Immunserum und Komplement) zusammengesetzten Mischung, nachdem dieselbe eine Stunde hindurch zum Zwecke der Komplementbildung einer Brutschranktemperatur von 37° ausgesetzt worden war, ein die Erythrozyten einer bestimmten Tierspezies lösendes inaktiviertes Serum nebst einer 5%igen Kochsalzaufschwemmung der roten Blutkörperchen derselben Art hinzufügt. Findet nun nach zweistündigem Stehen der Reagenzgläschen bei 37° eine Hämolyse statt, so ist damit der Beweis erbracht, daß das Komplement keine Verankerung mit dem Antigen und dem Immunserum erfahren hat, mithin noch zur Blutkörperchenauflösung frei verfügbar gewesen ist, während umgekehrt ein Ausbleiben der Hämolyse eine bereits eingetretene Komplementbindung anzeigt. Es war mithin folgender Schluß gerechtfertigt: Wenn bei Vermischung eines Untersuchungsmaterials mit dem Serum eines mit Menscheneiweiß behandelten Kaninchens durch den hämolytischen, als



wirksam erprobten Ambozeptor keine Lösung der roten Blutkörperchen zustande gekommen, während in allen anderen zur Kontrolle angesetzten Proberöhrchen eine vollständige Hämolyse eingetreten ist, so muß das Untersuchungsmaterial menschliches Eiweiß enthalten, da eben diese Komplementbindung, welche in einem Ausbleiben der Hämolyse sichthar in die Erscheinung tritt, nur nach Mischung von homologem Immunserum und artgleichem Eiweißmaterial erfolgt.

Vorstehende Erwägungen bilden die wissenschaftliche Grundlage, auf der die Neisser-Sachssche Methode, welche ebenso wie das Präzipitierungsverfahren eine Eiweißdifferenzierungsmethode darstellt, aber nicht etwa eine Differenzierung zwischen den einzelnen eiweißhaltigen Bestandteilen einer und derselben Art zuläßt, aufgebaut ist. Bei der großen Bedeutung, welche eine sichere und einwandfreie Identifizierung von geringen Blutspuren bis zu $^{1}/_{100000}$ *cm*³, die sich durch das Präzipitierungsverfahren entweder überhaupt nicht mehr oder nur durch äußerst hochwertiges Immunserum feststellen lassen, für die forensische Praxis besitzt, war eine Nachprüfung dieser Neisser-Sachsschen Methode, deren Hauptvorteil in der Schärfe und Präzision des Nachweises winziger Blutmengen liegen würde, durchaus geboten.

Bei diesen Untersuchungen, welche auf der Abteilung des Herrn Prof. A. Wassermann ausgeführt wurden, handelte es sich vor allem um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Ist die Neisser-Sachssche Methode spezifisch?
2. Welche Vorzüge besitzt die Neisser-Sachssche Methode vor dem Uhlenhut-Wassermann-Schützeschen Präzipitierungsverfahren?
3. Welche Nachteile bezw. Fehlerquellen bietet die neue Methode der Komplementablenkung?
4. Inwieweit ist sie imstande, das bisherige Präzipitierungsverfahren zu ergänzen?

Zum Schluß faßt der Autor sein Urteil über den Wert des Neisser-Sachsschen Verfahrens dahin zusammen: Die Methode erfordert einen mit quantitativen Laboratoriumsarbeiten vertrauten Untersucher. In der Hand eines solchen ist sie, entsprechend den Angaben von Neisser und Sachs, genau so spezifisch wie das bisherige Präzipitierungsverfahren. An Empfindlichkeit ist sie diesem überlegen. Über ihre Verwertbarkeit für die forensische Medizin wird sich indessen erst dann ein endgültiges Urteil abgeben lassen, wenn sie längere Zeit vergleichend mit der bisherigen Präzipitierungsmethode an dem gleichen Material praktisch ausgeprobt worden ist. Auf Grund der bisherigen Laboratoriumsexperimente kann jedenfalls denjenigen Gutachtern, welche Eiweißmaterial forensisch zu untersuchen haben, empfohlen werden, neben der Präzipitierungsmethode zum Vergleiche auch das Neisser-Sachssche Verfahren anzuwenden. Auf diesem Wege wird sich dann in einiger Zeit ein sicheres Urteil über die praktische Zuverlässigkeit des Komplementablenkungsverfahrens für die gerichtlichen Sachverständigen gewinnen lassen. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 52, 1906.)

*

Die Schweigetherapie bei der Kehlkopftuberkulose. Von Sanitätsrat Dr. Lublinski.

Sehr wichtig ist die Schonung des Stimmorgans; dieser alte Grundsatz von der Schonung des erkrankten Teiles findet beim Kehlkopf leider nicht immer die nötige Beachtung. Absolutes Schweigen, womöglich Monate hindurch, eventuell nur der Gebrauch der Flüstersprache, ist ein oft nicht zu umgehendes Postulat.

Autor hat selbstverständlich diese Methode der Behandlung bis heute beibehalten, nur möchte er betonen, daß er lokaltherapeutisch neben ihr in den letzten Jahren den Hauptwert auf die Anwendung der Anästhetika und weniger auf die von anderen Medikamenten gelegt habe. Codein. phosphor 0·6—1·0 und 10·0 Sacchar. alb., Orthoform, Anästhesin sind die Mittel, deren er sich vor allen anderen bediene.

Dabei wäre zu erwägen, daß nur eine Minorität der Kranken die notwendige Energie und das eindringende Verständnis für diese Kur hat — bei einer weit größeren Zahl war sie nicht durchzuführen — dann aber ist zu bemerken, daß nur bei der inneren Kehlkopftuberkulose ein Versuch anzuraten ist. Und auch bei dieser ist nicht einmal die Gesamtheit der Fälle geeignet; wo tiefgreifende Geschwüre vorhanden sind, wird man ohne eingreifende lokale Therapie durch diese allein wenig nützen. Alle Fälle von äußerer Kehlkopftuberkulose, das heißt solche, bei denen die Umwandlung des Kehlkopfes, Aryknorpel und Falten, sowie der Kehldeckel, erkrankt sind, werden von der Schweigetherapie kaum beeinflußt; nur die Ankylose des Krikoarytaenoidalgelenkes, welche einer Entzündung um das Gelenk ihren Ursprung verdankt, ist, wie auch der vierte Fall zeigt, durch sie einer Rückbildung fähig, während eine Eröffnung der Gelenkkapsel, also eine wahre Perichondritis keine Chance mehr bietet. (Berl. klin. Woch. Nr. 52.)

*

Über die biologische Bedeutung der Radiumstrahlen. Von Dr. Horowitz.

Autor macht sich zur Aufgabe, systematisch die Wirkung des Radiums auf verschiedene Gewebe und Organe zu untersuchen, um den Charakter dieser Wirkung genauer kennen zu lernen und dadurch eventuell eine Handhabe für die Radiotherapie zu finden. Die Versuche wurden an Kaninchen angestellt. Autor führte das Radium direkt in verschiedene Organe der Tiere ein, um eine wirklich deutliche und genaue Wirkung des Radiums auf die einzelnen Gewebe zu bekommen. Das Radium wurde in kleinen Glasröhrchen von 1 *cm* Länge und 1 *mm* Dicke eingeführt, und zwar Bromradium 1 *mg* der Fabrik Boehler von 100.000 Einheiten. Durch das Zuschmelzen der Glasröhrchen wurde die Radioaktivität 4·5 mal herabgesetzt. Zur Kontrolle wurde in dasselbe Organ, nur an einer anderen Stelle, ein leeres Glasröhrchen eingeführt. Es wurden untersucht: die Leber, Nieren, Milz, Eierstock, Hoden, Glandula submaxillaris, Gehirn und Rückenmark, Muskeln, Knorpel, periphere Nerven, Omentum majus und Knochenmark. Das Versuchstier wurde, falls es nicht früher einging, am 10. Tage nach der Einführung des Radiums getötet. Darauf wurden die betreffenden Organe pathologisch-anatomisch untersucht, und ebenso die Stellen, wo die leeren Glasröhrchen eingeführt waren, und die Ergebnisse miteinander verglichen. Autor kommt zum Schluß, daß das Radium in kleinen Dosen eine Gewebswucherung hervorruft, in größeren Dosen aber Nekrose und Atrophie. Hiebei spielt aber die Empfindlichkeit eine jeden Organs eine besondere Rolle; z. B. bewirkt dieselbe Radiumdosis in der Leber Nekrose, im Knorpel aber erhöhtes Wachstum. Bei längerer Einwirkung des Radiums schreitet die Nekrose so weit fort, bis die Entfernung zwischen Radium und gesundem Gewebe ebenso groß geworden ist, daß das Radium schon nicht mehr einwirken kann. Dann fängt in zentripetaler Richtung an, Bindegewebe sich zu entwickeln, dieses wird aber wieder durch das Radium zerstört. Ein ektro- oder endodermales Entstehen des betreffenden Organes, wie einige Forscher es glaubten, hat gar keinen Zusammenhang mit der Wirkung des Radiums, eher schon die chemische Gewebszusammensetzung und der Gehalt an Lezithin.

Was nun die therapeutische Anwendungsweise des Radiums anbetrifft, so hat Autor zwei Hautkarzinome, eine auf skrophulöser Basis vergrößerte Lymphdrüse und ein Pneudinsches Geschwür (ulcus peudinicum) damit behandelt, und glaubt sich dahin aussprechen zu können, daß das karzinomatös entartete Gewebe zerstört und durch Bindegewebe ersetzt wird. Die Empfindlichkeit des karzinomatösen Gewebes ist viel größer als die des normalen Gewebes; deshalb zerstört das Radium das karzinomatöse zuerst und bewirkt ein Wuchern des gesunden Gewebes. Dadurch wird die Heilung erzielt. Ebenso wirkt es bei Tuberkulose und ulcus peudinicum. Außerdem hat Autor noch in mehreren Fällen die Wirkung des Radiums auf den Verlauf steriler Wunden und auf seine bakterizide Eigenschaft hin untersucht. Die Vernarbung einer nicht infizierten Wunde geht schneller vor sich als



sonst. Was die bakterizide Kraft des Radiums anbelangt, so schwindet sie sehr schnell, und diese Schwächung geht nicht parallel der größeren Entfernung, sondern tritt schneller ein. (Russ. med. Rundschau Nr. 2, 1907.)

III. Literatur.

Sexualleben und Nervenleiden. Die nervösen Störungen sexuellen Ursprungs. Nebst einem Anhang über Prophylaxe und Behandlung der sexuellen Neurasthenie von Dr. L. Löwenfeld, Spezialarzt für Nervenkrankheiten in München. Vierte, völlig umgearbeitete und sehr vermehrte Auflage. Wiesbaden. J. F. Bergmann, 1906.

Der Verfasser des vorliegenden Buches ist auf publizistischem Gebiete sehr fruchtbar und beherrscht fast alle Kapitel der Nervenlehre in Einzeldarstellungen, wie wir aus dem Verzeichnisse seiner Arbeiten entnehmen. Das Thema Sexualleben und Nervenleiden, so dankbar es auf den ersten Blick erscheint, erfordert jedoch eine genaue Kenntnis sowohl des normalen und pathologischen Ablaufes der geschlechtlichen Funktionen als auch der zahlreichen nervösen Störungen, die ohne oder mit vorausgegangenen venerischen Erkrankungen resultieren. Die Gelegenheit, letztere kennen zu lernen, ist nun viel eher dem Venerologen geboten, in dessen Arbeitsgebiet ein großes Kontingent von den sogenannten Neurasthenikern gebildet wird. Dasselbe beschränkt sich nun fast stets auf die Exklusion eines organischen Leidens der Haut-, Harn- und Geschlechtsorgane, worauf er den Fall mit der bis zu einem gewissen Grade verächtlichen Diagnose „Neurastheniker" ad acta legt, im besten Falle aber einer Kaltwasserkur zuführt. Der Neurologe hingegen erblickt, die Augen nur auf den Zustand der Nerven gerichtet, wiederum nach Ausschluß aller denkbar organischen Nervenerkrankungen, in dem anamnestisch genau erhobenen Sexualleben nur ein ätiologisches Moment, so daß der arme Neurastheniker, zwischen zwei „Grenzgebieten" hin- und hergeworfen, unzufrieden mit den zünftigen Ärzten, dem ersten besten Kurpfuscher in die bereitwillig geöffneten Hände fällt.

Die Aufgabe des Verfassers wäre nun, den Zusammenhang zwischen dem Sexualleben und den Nervenleiden in extenso derart darzustellen, daß das Grenzgebiet dem einen und dem anderen klar und zugänglich wird, d. h. dem Praktiker eine Sammlung eigener und fremder Erfahrungen zu bieten, die zu Nutz und Frommen beider Kategorien von Ärzten Licht in das wissenschaftlich etwas dunkle Gebiet bringen und die überaus dankbare Therapie von der leidigen Empirie emanzipieren soll. Obwohl nun das Buch diesem Zwecke nicht gerecht wird, muß man es immerhin als kompendiöse Darstellung des Gegenstandes schätzen. Es erscheint nunmehr in vierter Auflage; damit ist seine Existenzberechtigung zur Evidenz erwiesen, umsomehr, als wir auf gleichem Gebiete eine stattliche Anzahl von Werken aufzuweisen haben. Das Thema ist eben ein äußerst aktuelles und wird es voraussichtlich auch fürderhin bleiben. Daß gerade dieses Werk sich so viele Freunde erworben, liegt in der glücklich gewählten Einteilung, in der präzisen Ausdrucksweise und in der literarischen Orientierung des Autors. Es wird zunächst der Sexualtrieb in seiner Physiologie während der Pubertätsentwicklung besprochen, sodann auf die nervösen Störungen derselben während der Entwicklung, der Menstruation, Gravidität und Klimakterium eingegangen. Hiebei unterstützt den Autor reiche eigene Erfahrung und genaue kritische Literaturkenntnis. In der Folge wird die sexuelle Abstinenz und der sexuelle Exzeß, die Onanie, der sexuelle Präventivverkehr, die Pollutionen usw. durchgenommen, die heute allerorten auf der Tagesordnung stehende Freudsche Theorie von dem Erfinder selbst angegeben, vom Autor kritisch beleuchtet, ferner die Anomalien des Sexualtriebes in ihrer Qualität und Quantität, wenn auch nicht gerade vollständig, besprochen. Als Anhang finden wir eine willkommene Prophylaxe und Therapie der sexuellen Neurasthenie, die der von uns eingangs erwähnten Forderung insoweit gerecht wird, als sie den gewünschten Zusammenhang zwischen Venerologen und Neurologen zumindest anbahnt, wenn auch die ersteren dabei nicht gerade gut wegkommen. Ein genaues Literaturverzeichnis beschließt das mit großem Fleiße und Geschick angelegte Werk, dessen Ausstattung dem bekannten Bergmannschen Verlage in Wiesbaden übertragen wurde. Niemand wird das Buch unbefriedigt aus der Hand legen. G.

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 3. Mai 1907.

Georg Lotheissen demonstriert zwei Patienten, die wegen ausgedehnter Lungengangrän operiert wurden. Im ganzen hat er innerhalb von vier Jahren 19 Fälle operiert und mit einer Mortalität von etwa 40% dieselben Resultate erzielt, die unlängst Lenhartz auf Grund einer Statistik, die 60 Fälle betrifft, mitgeteilt hat. Keiner der Todesfälle kann der Operation zur Last gelegt werden. Man dürfe nur bei sicher lokalisiertem Herde operieren. Im Anschlusse an diese Fälle stellt

Lotheissen noch einen Patienten vor, der wegen Totalempyem der linken Brusthälfte von ihm operiert worden ist.

Alois v. Gleich spricht über Wundbehandlung mit Ozon. Die Idee, das wirksame Prinzip des Wasserstoffsuperoxydes, nämlich Ozon, zu verwerten, hat ihn zu dem Versuche gebracht, Ozon, wenn nicht in der Wunde selbst, so doch in unmittelbarer Nähe derselben darzustellen und in möglichst aktivem Zustande zu verwenden. Er hat daher Ozon in der Weise erzeugt, daß er durch Induktionsstrom käuflichen Sauerstoff aktivierte und Wunden resp. Wundhöhlen mit Ozon beblies. Bei dem heutigen Stande der Elektrotechnik ist es leicht möglich, mittels hoch gespannter Ströme bei gleichzeitiger Zufuhr von Sauerstoff in jeder Tiefe Ozon in regulierbarer Menge zu erzeugen und hofft er dadurch die Verwertungsweise eines bekannt kräftigen Antiseptikums zu erweitern. G. will gelegentlich einer Demonstration auf seiner Spitalsabteilung seine Versuche näher erläutern.

Hans Lorenz demonstriert ein Präparat von Dünndarmstrangulation durch ein peritonitisches Pseudoligament. Das Pseudoligament, das unstreitig auf eine operierte schwere Appendizitis zurückzuführen ist, entsprang am Ileum, knapp ober der Ileozökalklappe, inserierte sich mit seinem zweiten Ende gleich neben der Ursprungsstelle, am Mesenterialansatze und bildete dergestalt eine lose Schleife. Diese hatte eine Drehung um 180° erfahren und in den so entstandenen Ring war der anstoßende Dünndarm hineingekrochen und hatte sich so gewissermaßen selbst stranguliert. Im Verlaufe der letzten $4^1/_2$ Jahre war L. dreimal gezwungen, wegen Strangulationsileus nach Appendizitis einzugreifen. In allen drei Fällen handelte es sich um Patienten, die wegen verschleppten Appendizitiden operiert worden waren; sie liefern den Beweis, daß bei verschleppten Appendizitiden selbst durch die Appendektomie nicht alle Gefahr für die Zukunft gebannt werden kann. Denn daß in solchen Fällen eher Pseudoligamente zurückbleiben werden, die ihrem Träger eine lebensgefährliche, ständige Gefahr bedeuten, als nach glatteren Appendektomien in einem früheren Stadium, wird wohl von niemandem angezweifelt werden. Vortr. ist der Ansicht, daß die mitgeteilten Beobachtungen für die frühzeitige Operation der Appendizitis sprechen.

Wilhelm Latzko spricht über die chirurgische Therapie des Puerperalprozesses. L. will nur solche Operationen in den Kreis seiner Besprechung ziehen, die kontrovers sind. Von allen jenen Eingriffen, deren Nutzen feststeht, die seit jeher regelmäßig geübt werden, wie Eröffnung parametraner Exsudate, metastatischer Abszesse, sieht er ab. Das Wochenbettfieber an und für sich kann natürlich nicht Objekt chirurgischen Handelns sein. Als solches kommen nur



die einzelnen, mehr weniger streng umschriebenen, anatomischen Krankheitsbilder in Betracht, deren Zugehörigkeit zum Puerperalprozeß auf einer gemeinsamen Ätiologie beruht, insofern sie nämlich alle einer bakteriellen Invasion des Geburtsschlauches ihre Entstehung verdanken. Von diesen sind es hauptsächlich drei: die Endometritis, die Metrophlebitis und die Peritonitis, welche den modernen operativen Maßnahmen zum Angriffspunkt dienen. Zu den eingreifenderen Operationsmethoden gehört die sogenannte Radikaloperation, das ist die Exstirpation der kranken Gebärmutter; sie hat a priori am meisten Aussicht auf Erfolg. Aber immer besteht die Möglichkeit, entweder überflüssig zu operieren oder zu spät zu kommen. L. zählt unter 470 Puerperalprozessen 112 Todesfälle. Das heißt, es stirbt ungefähr jeder vierte Puerperalprozeß, der an seine Abteilung kommt. Zieht man von diesen Zahlen die 117 septischen Abortus, die in ein bis zwei Tagen entfiebert sind, 42 Fälle mit Temperaturen unter 38·5°, alle kurzdauernden Fieber, dann die parametranen Exsudate und sonstige lokalisierte Prozesse, natürlich auch die Peritonitiden mit ihren Todesfällen ab, so bleibt eine verhältnismäßig kleine Gruppe hochfiebernder Puerperalprozesse mit sehr hoher Mortalität von zirka 30%. Es erscheint doch fraglich, ob man bei einer Kranken in so gefährlicher Situation das Eintreten einer Indicatio vitalis abwarten muß, bevor man zum Messer greift, wie das Sippel verlangt. Würde man sich innerhalb der oben erwähnten Gruppe in jedem Falle, der ein bis zwei Tage lang konstant Temperaturen von 39—40° oder darüber aufweist, oder überhaupt nach 48 Stunden keine entschiedene Wendung zum Besseren zeigt, zur Operation entschließen, so käme man vielleicht unter noch näher zu formulierenden Bedingungen zur Erfüllung jener Forderung, welche für die Behandlung der Appendizitis aus analogen Ursachen von allen Chirurgen akzeptiert ist, nämlich der Forderung der Frühoperation. Damit wäre die Möglichkeit zur Stellung einer bestimmten Indikation gegeben, allerdings einer relativen Indikation im Gegensatze zu der absoluten, deren Festlegung durch zehnjährige Forschung und Erfahrung allseits als Utopie erkannt worden ist. Etwas leichter als für die Uterusexstirpation ist für die Operation bei puerperaler Pyämie, für die der Ohrenheilkunde entlehnte Unterbindung oder eventuell Exstirpation der abführenden Venen eine Indikation zu stellen; nicht nur deswegen, weil wir uns leichter zu einem Eingriff entschließen, welcher nicht mit dem Opfer eines Organes verbunden ist, sondern weil wir vor allem Zeit zur Überlegung haben. Die Gefahr der septischen Infektion der Bauchhöhle, die Trendelenburg zu extraperitonealem Vorgehen veranlaßte, scheint auch bei medianer Laparotomie nicht ins Gewicht zu fallen, wenn man entsprechende Vorsicht übt. Die Unterbindung der Venen wird daher am besten nach Bumms Methode ausgeführt. Allerdings ist der Eingriff nur an der Spermatika leicht. Die Isolierung der Vena hypogastrica ist aber bei bestehender Phlebitis ein technisch schwieriger Eingriff, ja die stumpfe Trennung der Vene von der Arterie kann ganz unmöglich sein. Die Unterbindung der Arterie als Hilfsoperation ist aber ernstlich zu widerraten, da man Eiterung um die Ligatur nicht mit Sicherheit vermeiden kann. Bei bestehender Thrombophlebitis des uterovaginalen Plexus ist die von L. geübte Methode der vaginalen Venenausräumung leistungsfähig und wohl geeignet, die Ligatur der Vena hypogastrica zu ergänzen oder zu ersetzen. Sie wirkt dadurch, daß die durchschnittenen Thromben eitrig einschmelzen und sich gegen die Vagina entleeren. Die Technik der Operation ist verhältnismäßig einfach. Natürlich muß man sich auskennen, um Arterien und Ureter zu vermeiden. Die Blutung aus den nicht thrombosierten Venen war in allen Fällen mit Ausnahme des ersten bedeutend, ihrem Charakter nach unheimlich schwammartig; sie ließ sich aber stets durch Tamponade so sicher beherrschen, daß nicht ein Tropfen nachsickerte. Was die Indikationsstellung anbelangt, so würde L. empfehlen, nicht allzulange zuzuwarten. Andauernd hohe Temperaturen, Häufung von Schüttelfrösten, Verschlechterung des Allgemeinbefindens drängen zur Operation, obwohl man auch hier nie wird sagen können, daß eine Patientin ohne Operation verloren, daß also die Operation lebensrettend war. L. kommt nun auf die Betrachtung der puerperalen Peritonitis und ihrer operativen Behandlung. Von 470 Puerperalprozessen waren 88 an Peritonitis erkrankt, also fast ein Fünftel, und bei 112 Verstorbenen bestand 56mal Peritonitis, also in der Hälfte aller zur Sektion gekommenen Fälle. Operiert hat L. 55 Fälle von Peritonitis, und zwar 28 freie und 27 abgesackte. Letztere geben naturgemäß eine bessere Prognose. Ganz anders gestalteten sich die Verhältnisse bei den Fällen von diffuser, puerperaler Peritonitis. Von 28 operierten Wöchnerinnen starben 19 und konnten nur neun gerettet werden (darunter allerdings die Mehrzahl Streptokokkenfälle). Hier ist der Ausdruck gerettet wohl am Platze, denn die diffuse Peritonitis im Wochenbette bedeutet fast stets ein Todesurteil. Als Operationsmethode kam anfangs einige Male die Colpotomia posterior zur Ausführung; stets mit tödlichem Ausgange. Die Operation der Wahl war später immer die Laparotomie mit Kochsalzauswaschung und Drainage. Bezeichnend für die Entwicklung der Peritonitisoperation, vor allem aber ihre Indikationsstellung, ist die Verteilung der Fälle auf die einzelnen Jahre. Es kamen zur Operation: Im Jahre 1902 zwei Fälle (beide gestorben); im Jahre 1904 vier Fälle (alle gestorben); im Jahre 1905 sieben Fälle (drei geheilt); im Jahre 1906 13 Fälle (fünf geheilt) und zu Beginn des Jahres 1907 zwei Fälle (einer geheilt). Es kommen also immer mehr Fälle zur Operation, nicht weil mehr aufgenommen werden, sondern weil wir die Peritonitis besser, das heißt früher zu diagnostizieren gelernt haben, bevor sie sich zum Schulfall entwickelt hat; denn dann ist es gewöhnlich zur Operation zu spät. Die Indikation ist jetzt eine vollkommen klare. Jede Peritonitis mit annähernd regelmäßigem, wenn auch hoch frequentem Puls wird sofort operiert. Entscheidend für den Erfolg sind Frühdiagnose und sofortige Operation. *i. m.*

Ophtalmologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 15. März 1907.

Vorsitzender: Salzmann.

Vor Beginn der Tagesordnung bringt der Vorsitzende ein Schreiben Prof. Elschnigs aus Prag zur Verlesung, worin sich dieser für seine Erwählung zum korrespondierenden Mitgliede bedankt. Hierauf folgt

I. Demonstration: Königstein stellt einen Fall von Empyem des Siebbeines vor, bei welchem während der Radikaloperation große Schmerzen auftraten mit Protrusion des bulbus, weshalb die Operation unterbrochen werden mußte. Nach einigen Tagen gingen diese Erscheinungen größtenteils zurück und es blieb nur noch eine mäßige umschriebene Anschwellung im inneren Augenwinkel, an der medialen Orbitalwand und am oberen inneren Orbitalrande zurück, wie man sie gewöhnlich bei Periostitis orbitalis findet. Der Vortragende faßt die Erscheinungen als hämorrhagischen Erguß in die Augenhöhle und gleichzeitige Infektion vom Operationsgebiete ausgehend, mit nachfolgender Entzündung des Periosts auf.

In der hierauf folgenden Diskussion, an welcher sich außer dem Vortragenden die Herren Hanke und Meissner beteiligten, wird von ersterem auf die Möglichkeit eines Emphysems durch Eintritt von Luft aus den Siebbeinzellen in die Orbita als Ursache der Augapfelprotrusion hingewiesen, was jedoch der Vortragende mit dem Hinweis auf das Fehlen des bekannten Luftgeräusches und anderer Erscheinungen widerlegt, während letzterer behauptet, daß Befunde, wie die an der demonstrierten Patientin wahrnehmbaren, recht häufig zu finden sind bei Siebbeinempyemen, auch ohne daß erst ein operativer Eingriff erfolgt wäre.

II. Hanke hält hierauf seinen angekündigten Vortrag: „Über einige seltenere Infektionen des Auges“, und demonstriert dabei drei Bakterienpräparate, welche im Bereiche der Ophthalmopathologie wenig oder gar nicht angetroffen werden, und zwar: 1. Von einem Falle herrührend, welcher klinisch ein ähnliches, wenn auch nicht ganz gleiches Bild



bot, wie Neugeborenenblenorrhoe. Im Sekrete fand sich hauptsächlich der Bacillus Pyocyaneus. 2. Ein Präparat von einem, ein eigentümliches Hornhautgeschwür betreffenden Falle; das Geschwür hatte große Ähnlichkeit mit Ulcus serpens. Es fand sich dabei nebst Streptokokken das Bakterium Proteus, welches bei Augenkrankheiten außerordentlich selten anzutreffen ist. 3. Ein Präparat von Meningokokken, herrührend von dem Eiter in einem Falle von metastatischer Panophthalmitis. Der Vortragende gibt hierauf eine kurze Darstellung der Rolle, welche der Meningokokkus überhaupt bei Augenerkrankungen spielt.

In der an diesen Vortrag sich knüpfenden Diskussion bemerkt Hitschmann unter anderem, daß er in einem Falle von metastatischer Ophthalmie nach Meningitis cerebrospinalis keine Meningokokken, sondern nur Staphylokokken nachweisen konnte.

III. Hierauf hält v. Reuss seinen angekündigten Vortrag: „Über eine optische Täuschung“, über welchen ein nächstesmal berichtet werden soll.

V. Aus der Praxis.

Über die Behandlung der Erkrankungen des äußeren Ohres. Von Prof. Dr. Albert Denker. (Forts. statt Schluß.)

Während der Furunkel, resp. der furunkulöse Absceß meistens in den Gehörgang durchbricht, kommt es in einzelnen Fällen zu periaurikulären Abszessen, die sich in der Richtung nach hinten und unten vom knorpeligen Gohörgang zu entwickeln pflegen und hier eine Inzision erforderlich machen. — Sehr häufig besteht bei der Otitis externa zirkumskripte Neigung zu Rezidiven; diese werden meistens verursacht durch Kratzen im Gehörgang, wozu sich die Patienten veranlaßt fühlen durch das nach Ablauf der Entzündungen auftretende Jucken. Zur Verhütung der Rezidive läßt man in der entzündungsfreien Zeit einige Wochen hindurch Eingießungen von Kal. sulfurat. (1·0 : 100·0) täglich ein- bis zweimal eine halbe Stunde lang machen. Auch muß man unter Umständen eine Allgemeinbehandlung einleiten, bei fettleibigen Individuen Abführmittel, bei blutarmen Tonika und außerdem Arsen geben.

Die Otitis externa diffusa tritt selten primär auf und wird durch mechanische, thermische und chemische Reize hervorgerufen; sie verdankt ihre Entstehung ferner besonders im kindlichen Alter dem Hineingelangen von Wasser, das, unvollkommen entfernt, Mazeration der Epidermis herbeiführt, die dann einen äußerst günstigen Boden abgibt für die Entwicklung von Mikroorganismen, und zwar besonders von Fäulnisbakterien. In den weitaus meisten Fällen jedoch ist sie eine sekundäre Affektion, die im Anschluß an nicht oder unzweckmäßig behandelte Mittelohreiterung auftritt. Im akuten Stadium empfiehlt sich antiphlogistische Behandlung; ist Exsudation vorhanden, so besteht die Therapie in Ausspülungen mit warmer Borsäure, sorgfältiger Trockenlegung der Wandungen mit watteumwickelter Sonde und Insufflation von pulverisierter Borsäure. Geschwüre werden mit Jodoform bestreut, und der Gehörgang durch einen Verband vor Berührung geschützt. Die meisten Fälle wird man, selbst wenn es schon zur Granulationsbildung gekommen war, auf diese Weise zur Heilung bringen. Größere Wucherungen werden mit der kalten Schlinge abgetragen.

In gleicher Weise wird die Otitis externa bullosa, die mit der Bildung von Blasen mit klarem, trübem oder hämorrhagischem Inhalt einhergeht, nach Eröffnung der Blasen behandelt.

Unter Otitis externa crouposa versteht man eine teils genuine, teils im Anschluß an Furunkulose, Otomykose, Otitis externa bullosa, nach traumatischen Einwirkungen, warmen Bähungen und im Beginn der akuten Mittelohrentzündung entstehende Affektion, die charakterisiert ist durch die Bildung eines geronnenen fibrinösen Exsudats, welches sich unter heftigen lokalen Entzündungserscheinungen im knöchernen Gehörgang und am Trommelfell entwickelt. Bei der Behandlung wird nach Entfernung der Membranen und des Sekretes, die am schonendsten durch Borsäureinjektionen geschieht, der Gehörgang ausgetrocknet und Borsäurepulver oder Jodoform eingeblasen. Gegen die sehr heftigen Schmerzen sind Eisapplikation und innerlich Morphiumdosen zu verordnen.

(Schluß folgt.)

VI. Notizen.

Witwen- und Waisen-Societät des Wiener med. Doktoren-Kollegiums Wien, I., Rotenturmstraße 19 (Van Swietenhof). Die Generalversammlung der Witwen- und Waisen-Sozietät des Wiener medizinischen Doktoren-Kollegiums vom 12. März 1907 hat, dem Sachverständigen-Gutachten gemäß, den einstimmigen Beschluß gefaßt, die Prämien-Tabellen auf Grundlage eines niedrigeren Zinsfußes und der neuen Sterblichkeitstabellen und mit Sicherstellung einer Jahrespension von K 1400 umrechnen zu lassen. Mit dieser Umrechnung ist eine Prämienerhöhung verbunden, welche nach Genehmigung durch das k. k. Ministerium voraussichtlich im Laufe des nächsten Jahres in Kraft treten wird. Die Direktion der Sozietät folgt einer alten Gepflogenheit, wenn sie die Ärzteschaft von der bevorstehenden Prämienerhöhung rechtzeitig in Kenntnis setzt. Die Sozietät sichert den Witwen ihrer Mitglieder eine Jahrespension von K 1400, und nach dem Tode der Mutter den Waisen eine Pension in der gleichen Höhe, so lange noch eine minderjährige Waise vorhanden ist, bei einem Tarife, wie ihn keine Assekuranzgesellschaft gewähren kann; es liegt daher im eigenen Interesse der Kollegen, der Witwen- und Waisen-Sozietät des Wiener medizinischen Doktoren-Kollegiums beizutreten, insbesondere so lange noch der niedrige Tarif in Geltung ist. Auskünfte erteilt die Kanzlei: I., Rotenturmstraße 19.

Deutscher Zentralverband zur Bekämpfung der Tuberkulose. Die modernen Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberkulose haben einen erfreulichen Fortschritt zu verzeichnen. Es haben sich nämlich dieser Tage die schon vor Jahren begründeten fünf Vereine ehemaliger Patienten bekannter Heilanstalten (Belziger, Gütergotzer, Görbersdorfer, Bucher und Beelitzer) zu einem Zentralverband mit dem Sitz zu Berlin zusammengeschlossen, der sich in seinem Kern also aus früheren Patienten zusammensetzt, die am eigenen Leibe praktische Erfahrungen gesammelt haben. Der Zentralverband bezweckt, ein gesundheitsgemäßes Leben unter den Mitgliedern zu fördern. Daran gliedern sich Krankenunterstützung, Hilfe und Unterstützung beim Berufswechsel Lungenkranker, Belehrung über Entstehung und Verbreitung der Krankheit sowie Vorträge von hervorragenden Ärzten über Gesundheitspflege im allgemeinen und Verbreitung von aufklärenden Schriften. Es soll ferner ein Ambulatorium für Lungenkranke begründet werden, das besonders für Untersuchung im Anfangsstadium und die dauernde Kontrolle der Erkrankten in Betracht kommt. Nach Möglichkeit sollen den Mitgliedern in geeigneten Fällen Kräftigungsmittel zur Verfügung stehen und Erleichterungen für Erholungsreisen in Badeorte, Heilanstalten usw. geschaffen werden. Für Demonstrationszwecke soll ein belehrendes Museum eingerichtet werden. Zum Vorsitzenden wurde der auf dem Gebiete der Lungenkrankheiten rühmlichst bekannte Prof. Dr. Moeller, Berlin, gewählt und zum Generalsekretär der bekannte Berliner Arzt Dr. Weißbein, der Meldungen zum Beitritt usw. im Bureau des Zentralverbandes, Berlin, Schiffbauerdamm 2, entgegennimmt.

Schlechte Zähne der Rekruten bilden im englischen Heere einen der Hauptgründe für die zahlreichen Zurückweisungen bei der Auswahl. Die militärische Tauglichkeit des Ersatzes ist einst mit besonderem Recht von einem guten Gebiß abhängig gemacht worden, mußten doch früher die Schützen vor dem Laden die Patronen durch Abbeisen des Schutzkopfes um ein Stück kürzen. Seit der Einführung der Metallpatrone bildet jedoch schon der Verlust von Vorderzähnen, der noch vor fünf Jahrzehnten ein Entlassungsgrund war, für die Dienstfähigkeit der einmal eingestellten Leute keine Behinderung mehr. Bei den unzureichenden Rekrutierungsergebnissen in England und den Kolonien und dem über 35 vom Hundert betragenden Prozentsatze der dienstuntauglichen Werbelustigen, geht man seitens des großbritannischen Kriegsamts jetzt mit der Frage um, in den Anforderungen an die Zähne wenigstens der sich zum Eintritt in das Heer Meldenden nachzulassen. Wegen Zahnfehlern allein wurden von je 1000 Rekruten zurückgewiesen: im Jahre 1902 49·26 Mann, 1903 63·26 Mann, 1904 70·61, 1905 72·32 Mann; es fand also eine Steigerung der Rekrutierungsabnahme wegen Zahndefekten von über 22 Prozent in nur vier Jahren statt. Auch für die Rekrutierung des amerikanischen Bundesheeres gelten die gleichen scharfen Bestimmungen über defekte Gebisse wie in England.

Sexuelle Wahrheiten. Eine wissenschaftliche Untersuchung über Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie der männlichen Fortpflanzungsorgane für Ärzte, Juristen, Eltern und Erzieher von Dr. Moriz Porosz, Spezialarzt für Männerleiden in Budapest. Dem Andenken seines verstorbenen Lehrers und Chefs, des Universitätsprofessors Dr. Ernst Schwimmer, Budapest, als Zeichen inniger Dankbarkeit und Verehrung gewidmet vom Verfasser. Mit 5 Figuren auf besonderer Beilage am Schluß des Buches. Preis 6 Mark. (Verlag der Monatschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene, W. Malende in Leipzig.) Das offene aufrichtige Wort der Frauenrecht-



lerinnen in Deutschland gab einen besonderen Aufschwung der sexuellen Literatur. Diese Frauenbewegung trug vieles bei zur Klärung der Geheimnisse des sexuellen Lebens. Viele Autoren der Medizin und Soziologie beschäftigten sich mit der heiklen Frage desselben und übergaben ihre Erfahrungen der Öffentlichkeit. Zu diesen gehört auch der Budapester Arzt Dr. Porosz, dem wir für die Bereicherung der deutschen Literatur Dank wissen. Er behandelt sein Thema streng wissenschaftlich, jedoch für intelligente Laien vollauf und leicht verständlich. Das über sexuelle Neurasthenie geschriebene Kapitel scheint den Nagel auf den Kopf getroffen zu haben. Verf meint, daß die Allgemeinbehandlung der Neurasthenie allein bei dieser Form unrichtig sei und auch nicht zum Ziele führe. Wer die Auseinandersetzungen über die kaum verständlichen Verirrungen des Geschlechtslebens liest, der bekommt eine klare Einsicht in diese Mysterien. Nichts ist seiner Aufmerksamkeit entgangen. Interessant ist, wie er die Abkunft des in der Liebe eine solch große Rolle spielenden Kusses von den Saugbewegungen des Säuglings feststellt. Die Fachwissenschaft hat ihre Anerkennung dadurch bewiesen, daß sie seine Behandlungsmethoden übernommen hat. Sein bewährter Name in der Spezialwissenschaft wird das Interesse für diese seine Arbeit nur heben. Wer das Werk liest, hat seine Zeit nützlich angewendet, denn wenn man lernt, hat man gewonnen.

„Mutterschutz“. Zeitschrift zur Reform der sexuellen Ethik. (Publikationsorgan des Bundes für Mutterschutz.) Herausgegeben von Dr. phil. Helene Stöcker, Berlin-Wilmersdorf. II. Jahrg. H. 5—9 und III. Jahrg. H. 1 und 2. Preis: halbjährlich (6 Hefte) M. 3.—; Einzelheft 60 Pf. Frankfurt a. M. J. D. Sauerländers Verlag. Diese hochinteressante Zeitschrift, die sich die Erörterung des ganzen sexuellen Problems und aller damit zusammenhängenden Fragen der Liebe, Ehe, Moral usw. zum Ziel gesetzt hat, hat nunmehr ihren dritten Jahrgang begonnen. Aus der Fülle wertvoller und anregender Beiträge der letzten Hefte des II. Jahrganges können wir nur einiges hier anführen. Gabriele Reuter zeigt uns an den Frauengestalten in „Hilligenlei“, daß uns diese Dichtung Selbstverantwortung und Gewissensfreiheit auch den ehrwürdigsten und heiligsten Überlieferungen gegenüber lehren soll. Über die wirtschaftliche Reform der Ehe und über die Beziehungen zwischen Mutterschaft und Arbeit finden wir ausführliche Aufsätze von Maria Lischnewska und Dr. Helene Stöcker. Dr. Max Thal liefert einen Beitrag zur Definition der Ehe, in der er zu dem Schlusse kommt, daß auch die Form der heutigen Ein-Ehe nicht, wie noch so vielfach angenommen wird, eine unwandelbare ist, sondern der naturgesetzlichen und sozialen Entwicklung unterliegt. Veränderte Kulturen erzeugen veränderte Ehereformen.

VII. Bibliographie.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. 7. Bd., Hefte 4—6.

Zur Frage der Dauerheilung nach Operation der Cervixkarzimons in der Schwangerschaft. Von M. Graefe, Halle a. S. Verlag C. Marhold, 1907. Mk. 0.40.

Die Syphilis. Laienverständlich dargestellt von Dr. Orlowski, Spezialarzt in Berlin. Würzburg. A. Stübers Verlag (C. Kabitzsch).

Behandlung der Lungentuberkulose mit Prävalidin. (Mitteilung aus der gemischten Abteilung des alten St. Johannis Kommunalspitals der Haupt- und Residenzstadt Budapest. Von Dr. Emil J. Haberfeld.

Die Beschreibung des im Titel erwähnten Medikamentes teilt Autor im Interesse gerade jener Kranken mit, die infolge ihres vorgeschrittenen Leidens Spitalspflege benötigen und bei denen wir schon keine Heilung erhoffen können, daher nur die Linderung der quälenden Symptome erstreben müssen.

Im allgemeinen geschieht dies mit narkotischen Mitteln; doch im sogenannten letzten Stadium, wenn das zurückbleibende Sputum die Lungen sozusagen ausfüllen und Herzschwäche droht, müssen die Narkotika weggelassen werden und die Analeptica in Aktion treten.

Von letzteren Mitteln war der Kampfer schon in älteren Zeiten gegen Tuberkulose gebräuchlich, doch wurde sein Gebrauch vernachlässigt, bis die in 1892 und dann in 1898 in der Berliner klinischen Wochenschrift erschienenen Mitteilungen Bruno Alexanders viele bemerkenswerte Angaben über die Behandlung der Tuberkulose mit Kampfer enthalten.

Auf Grund der Mitteilungen Alexanders hat auch Walther Koch, Assistent Prof. Thomas mit der Kampferbehandlung bei Tuberkulösen experimentiert und hat die subkutane Injektion nach den Angaben Alexanders gegeben; er hat nach längerer Zeit ebenso günstige Erfahrungen gemacht wie Alexander, so daß er diese Mittel nicht nur im Endstadium der Tuberkulose, sondern auch im ersten und zweiten Stadium derselben benützt hat.

Die Umständlichkeit und Schmerzhaftigkeit der Injektionen veranlaßten Walther Koch eine andere Form der Kampferbehandlung zu versuchen; er hat, dem Beispiel von Criegerns folgend, das Mittel als Clysma per rectum appliziert, da er aber mit dieser Methode nicht zufrieden war, ist er zur perkutanen Anwendung des Kampfers übergegangen. Nach langem Experimentieren hat sich das durch die Wollwäscherei in Döhren erzeugte Perkutilan als bester Salbengrundstoff erwiesen, da diese Salbe von der Haut sehr schnell resorbiert wird. Dieser Grundlage hat er den Kampfer in solcher Prozentuation beigemengt, daß trotz der Flüchtigkeit desselben jede einzelne Salbendosis 0·80 *g* desselben enthält; als Adjuvans und Geruchskorrigens wurden Balsam. Peruvianum, Ol. Eucalypti und Ol. Rosmarini beigemischt. Diese Salbe wurde unter dem Namen Prävalidin in Zinntuben (zur Verhütung der Entflüchtigung des Kampfers und der genauen Dosierung zu Liebe) in Verkehr gebracht. Jeder Tubus enthält 20 *g* Prävalidin und ist in fünf gleiche Teile geteilt; jeder Teil bildet eine Dosis.

Autor kommt auf Grund seiner Beobachtungen im Johannes-Kommunalspital zu folgenden Schlüssen: Das Mittel übt keine schädliche Nebenwirkung aus, stört die Verdauung nicht, besitzt sogar eine appetitsteigernde Wirkung; die Pat. verwenden es gern, und auch in den verzweifelten Fällen verschafft es Erleichterung. Ich hebe nochmals und wiederholt hervor, daß das Mittel auf das Allgemeinbefinden und die Gemütsstimmung der Kranken vorzüglich wirkt; über die Wirkung auf den Krankheitsprozeß kann ich wiederholen, daß es die Exspektoration erleichtert, dann durch Verminderung des Sekretes den Hustenreiz verringert, das Fieber und den Nachtschweiß einstellt oder wenigstens mildert.

Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1906 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—;** nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—.**

Medizinischer Zeitungsverlag

Telephon 22152. **Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.**

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

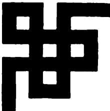
„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor Dr. J. Nevinny und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.



Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47. Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 22. Wien, 1. Juni 1907. Nr. 22.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 18212) zu senden.

Kritische Studien zur Immunitätsfrage.

Von **Dr. Bergel**, Hohensalza.
(Fortsetzung.)

Neben allen diesen Bedenken spricht noch vieles andere dafür, daß die die haptophore Gruppe des Toxins verankernden, ins Blut abgestoßenen Rezeptoren der Zelle, also Ehrlichs Antitoxine, nicht die wirklichen antitoxischen Substanzen repräsentieren können. Daß tatsächlich die toxophore Gruppe des Toxinmoleküls es ist, gegen welche die Antitoxine sich wenden müssen und tatsächlich auch als Reaktion des Körpers auftreten, geht schon daraus hervor, daß man mit solchen Toxinmodifikationen, welche gar keine toxophore, sondern nur haptophore Gruppen haben, eine Antitoxinbildung nicht mehr erzielen kann. Diejenigen Toxoide Ehrlichs, welche einer wirksamen Antitoxinbildung fähig sind, enthalten immer noch, wenn auch sehr abgeschwächte und in ihrer Anzahl verringerte toxophore Gruppen.

Wenn ein Toxin — ein giftig wirkender Körper — sich in ein Toxoid — eine viel weniger oder gar nicht mehr giftig wirkende Substanz — umgewandelt hat und diese Umwandlung dadurch zustande gekommen ist, daß zwar die haptophore Gruppe dieselbe geblieben ist, nur die toxophore Gruppe eine Veränderung erfahren hat, so ist daraus nicht bloß zu schließen, daß die toxophore Gruppe die wirklich gifttragende ist, sondern daß die Antitoxine, welche eine Abschwächung der Gifte bewirken, die toxophore Gruppe beeinflussen, sich gegen diese richten müssen. Man sieht bei den Toxoiden, daß es nicht oder nicht nur darauf ankommt, daß die Zellen des Körpers keine empfänglichen Gruppen für die haptophoren Komplexe haben, diese sind ja die gleichen geblieben, sondern sie können sich sehr wohl, ohne zu erkranken, mit ihnen verbinden, die toxophoren Gruppen müssen nur keinen Angriffspunkt mehr finden, sie müssen durch Änderung ihrer Atomzusammensetzung ihre Giftwirkung verloren haben. Wenn man mit solchen Toxoiden, welche gar keine toxophoren Gruppen besitzen, keine Antitoxinbildung, keine Immunisierung mehr erzielen kann, während doch die haptophoren Gruppen unverändert vorhanden sind, so sieht man auch daraus, daß die Antitoxinbildung nicht abhängig ist von dem Vorhandensein des haptophoren Komplexes, sondern bedingt ist durch die Einwirkung der toxophoren Gruppen und die Reaktion des Körpers gegen diese, daß der Anstoß für die Antitoxinbildung von den toxophoren Gruppen ausgeht, und daß die wirklichen Antitoxine sich auch gegen die toxophoren Gruppen wenden müssen.

Wenn manche Tiere die haptophoren Gruppen eines Giftes, etwa des Tetanusgiftes, verankern und auch Antitoxine bilden, ohne daß eine Tetanuskrankheit überhaupt eintritt, so erklärt sich das daraus, daß die toxophoren Gruppen auf diese Spezies von Tieren nur eine sehr gelinde, stark abgeschwächte Wirkung ausüben, so daß manifeste Krankheitserscheinungen nicht auftreten, oder daß auch andere Organe das Gift binden. Bei Kaninchen z. B. finden sich auch in der Milz und in der Leber empfängliche Atomgruppen für das Tetanustoxin. Es tritt also auch hier eine Giftwirkung ein und das Versuchstier erliegt in diesem Falle den allgemeinen Vergiftungserscheinungen, ohne daß es an typischem Tetanus zugrunde geht, indem nämlich die toxophoren Gruppen auch mit anderen Körperatomenkomplexen als denen des Zentralnervensystems chemische Verwandtschaft besitzen und auf diese Weise eine Körpervergiftung bewirken, ohne die durch die spezifische Funktion des Zentralnervensystems bedingten Symptome hervorzurufen.

Wenn in den immunisierten Körper Toxine eingeführt werden und jetzt nicht mehr giftig wirken, so läßt das nicht bloß die Deutung zu, die Ehrlich dieser Erscheinung gibt, daß nämlich die haptophoren Gruppen des Toxins von den im Blute vorhandenen Seitenketten abgefangen werden und nunmehr die toxophoren Gruppen nicht in den Wirkungskreis der Zellen gelangen. Viel mehr Wahrscheinlichkeit hat die Vorstellung, daß die haptophoren Toxinatomgruppen sich mit den Rezeptoren der Zellen verbinden, sofern das für die Toxinwirkung überhaupt erforderlich ist, aber diese Verbindung schadet nichts, dagegen werden die toxophoren Gruppen durch das nunmehr im Serum vorhandene wirkliche Antitoxin, auf dessen Entstehung und Wirksamkeit wir später zurückkommen werden, gebunden, unschädlich und unwirksam gemacht.

Wenn Buchner sagt, daß das Antitoxin ein verändertes Gift, ein umgewandeltes Toxin darstelle, so ist das auch nicht richtig. Denn nicht das umgewandelte Toxin ist das Antitoxin, sondern ersteres, bezw. die umgewandelte toxophore, biotoxische Gruppe desselben, ist erst das Endprodukt der Wirkung des Antitoxins. Erst durch die Einwirkung des letzteren, welches repräsentiert wird durch solche Leukozyten und ihre Sekrete, welche eine jeweilige spezifische chemische



Verwandtschaft zu den betreffenden toxophoren Gruppen der Toxine besitzen, werden diese in unschädliche Substanzen umgewandelt, durch die Fermentwirkung der Leukozytensekrete derart transformiert, daß sie ihre spezifische Giftwirkung, welche nur an eine bestimmte Atomgruppierung gebunden ist, verlieren.

Die wirklichen Antitoxine können auch aus dem ferneren Grunde nicht identisch sein mit den nach den Vorstellungen von Ehrlich gebildeten, weil diese ihre Entstehung an Ort und Stelle des infizierten Organes, aus den abgestoßenen Seitenketten der infizierten Zellen haben müßten, während die experimentellen Untersuchungen z. B. ergeben haben, daß die Gegengifte der Lungenentzündung ihre Ursprungs- und Bildungsstätte im Knochenmark haben, daß die Cholera- und Typhusbakteriolysine in der Milz und in den Lymphknoten entstehen usw. Mit der Ehrlichschen Anschauung lassen sich diese Befunde nicht ungezwungen in Einklang bringen. Wir kommen hierauf noch später zurück.

Als besonders beweiskräftig für die Richtigkeit der Ehrlichschen Antitoxintheorie gelten die Römerschen Versuche mit Abrinimmunisierung der Konjunktiva, doch sind diese Experimente durchaus nicht unzweideutig in dem Ehrlichschen Sinne. Viel eher sprechen sie dagegen.

Die Ehrlichsche Vorstellung von der Bildung der Antitoxine, natürlich auch bei der Abrinimmunisierung der Konjunktiva, ist doch die, daß der Rezeptor der Konjunktivalzelle, welcher sich mit der haptophoren Gruppe des Abrins verankert hat, im Übermaß produziert in die Gewebsflüssigkeit der Bindehaut ergossen wird und nun, mit Abrin verrieben, die haptophore Gruppe desselben abfangen und die toxophore Gruppe dadurch nicht zur Wirksamkeit gelangen lassen soll.

Hiebei möchte ich mir erlauben, auf einen merkwürdigen Gegensatz und Widerspruch aufmerksam zu machen, der, wie mir scheint, bisher nicht beachtet wurde. Wenn man Tetanusgift mit Gehirnbrei vermischt und diese Mischung einem Tiere injiziert, so tritt keine Giftwirkung ein, weil, was als Stütze der Ehrlichschen Theorie gegolten hat, das Gemisch nunmehr eine ungiftige Verbindung darstellt; denn die Rezeptoren der Gehirnzellen haben sich mit den haptophoren Gruppen des Tetanustoxins bereits verankert, und diese Verbindung kann, einem Tiere injiziert, keinen Angriffspunkt finden und mithin die toxophoren Gruppen nicht zur Wirkung gelangen lassen. Analog diesem Verhalten müßte man annehmen, daß Abrin, mit normaler Konjunktiva, zu der es ja spezifische chemische Verwandtschaft besitzt, vermischt, ebenfalls aus dem Grunde eine ungiftige Verbindung abgeben müßte, weil sich auch hier die haptophoren Gruppen verankert haben müßten und infolgedessen beim Versuchstier die toxophore Gruppe nicht mehr giftig wirken dürfte. Das ist indessen merkwürdigerweise nicht der Fall, denn eine Verreibung der nicht vorbehandelten Konjunktiva mit dem Gifte tötete das Versuchstier, war also giftig. Die Mischung erweist sich in diesem Falle erst dann als ungiftig, wenn die Bindehaut immunisiert war, nachdem sie als Folge der Abrinwirkung entzündliche Erscheinungen mit ihren Konsequenzen gezeigt hatte.

Viel verständlicher und einleuchtender wird der Vorgang, wenn wir ihn nach unserer Anschauung in folgender Weise zu erklären versuchen. Diese Deutung hat zugleich den Vorzug, daß sie, auf das praktische Gebiet übertragen, die Nützlichkeit des Entzündungsprozesses und seine Heilwirkung, die erst in neuester Zeit die verdiente Beachtung gefunden, ins rechte Licht setzt. Wenn wir mit Ehrlich ebenfalls zwei Gruppen in dem Abrinmolekül annehmen wollen, so verbindet sich die haptophore Gruppe desselben mit einem Teile der Gewebszelle, dem Rezeptor, und zwar in physiologischer Weise, ebenso wie gewöhnliches Nährmaterial fehlende Atomgruppen in dem Gewebsmolekül ersetzt. Die toxophore Gruppe dagegen hat durch Bildung einer körperfremden Verbindung die eigentliche Erkrankung verursacht und übt solange die krankmachende Wirkung auf die Umgebung aus, als durch das Auftreten der entzündlichen Erscheinungen bei der Immunisierung neue Faktoren eine chemische Gegenwirkung ausüben. Durch das Auftreten von Leukozyten und mit ihren Sekretionsprodukten beladenem Serum im lokalen Krankheitsgebiet wird die nur in einer ganz bestimmten chemischen Konfiguration giftig wirkende toxophore Gruppe infolge chemischer Umwandlung ihres Atomgefüges, infolge der Bindung mit der zymophoren Gruppe spezifisch verwandter Leukozytensekrete in eine weniger giftige und ungiftige Substanz verändert. Sind diese wirklichen Antitoxine im Krankheitsherde einmal vorhanden, so wird natürlich jetzt, nach erfolgter Immunisierung, bei Zerreibung der Konjunktiva mit Abrin, die toxophore Gruppe des letzteren sofort durch das Antitoxin, das spezifische Leukozytensekret, zerstört und die Abrinwirkung zunichte gemacht. Ist aus dem zunächst lokalen Prozeß ein allgemeiner geworden dadurch, daß die Gifte sowohl wie die wirksamen Gegengifte, die Leukozyten und ihre

Feuilleton.

Der Wiener Spitalskrieg.

—nk.— Wien befand sich bis vor kurzem im Kriegszustand. Zwischen Magistrat und Statthalterei war ein heftiger Kampf entbrannt, bei dem die unglücklichen Kranken die Kosten zu tragen hatten. Der Standpunkt der Gemeinde ist, wie ihn der ehemalige Sanitätsreferent des Landesausschusses, Steiner, entwickelte, der, daß ihr nicht eine gesetzliche Verpflichtung zur Errichtung und Erhaltung von öffentlichen Spitälern der Gemeinde obliege. Eine stiftungsgemäße Verpflichtung zur Krankenverpflegung bestand lediglich für das Bürgerspital, das von Kaiser Josef II. anläßlich der Errichtung des Allgemeinen Krankenhauses dazu verhalten worden ist, an das neue Spital einen jährlichen Beitrag, die sogenannte rezeßmäßige Gebühr, zu leisten. Diese Verpflichtung hat das Bürgerspital mit der Bezahlung einer einmaligen Summe von mehr als einer Million Gulden abgelöst, wodurch sie auf den Wiener k. k. Krankenanstaltenfonds übergegangen ist. Es bestehe für niemand eine gesetzliche Verpflichtung zur Errichtung eines Spitals in Wien, ebensowenig besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Errichtung von Irrenanstalten. Auch der in der Verwaltung des Landes sich befindliche Irrenfonds sei vollständig unzulänglich. Würde man sich lediglich darauf beschränken, die stiftungsgemäße Verpflichtung des Irrenfonds zu erfüllen, so würden die Geisteskranken in Wien in den Straßen herumlaufen. Das Land als Verwalter des Irrenfonds hat es aber als Ehrenpflicht betrachtet, da der von ihm verwaltete Fonds nicht ausreicht, mit seinen eigenen Mitteln einzuspringen, und so hat das Land Niederösterreich lediglich deshalb, weil es den Irrenfonds verwaltet, eine Irrenpflege geschaffen, die für die ganze Welt mustergültig geworden ist. Der Staat möge sich gefälligst daran ein Beispiel nehmen als Verwalter des Krankenanstaltenfonds. Wenn er seine Verwaltung so führen würde wie das Land, so würde er, weil eben der Krankenanstaltenfonds nicht ausreicht, aus Staatsmitteln soviel zuschießen, als notwendig ist, um die Spitalspflege in Wien auf die gleiche Höhe zu bringen, auf der das Irrenwesen sich jetzt befindet. In Deutschland erbaue der Staat eigene klinische Spitäler und halse die Pflicht, Betten für die Klinik bereit zu halten, weder den Gemeinden noch den Provinzialverwaltungen auf: Wenn der Staat nur seine einfachste Pflicht erfüllen und ein klinisches Spital aus seinen eigenen Mitteln erbauen würde, so würde das k. k. Allgemeine Krankenhaus in seiner Gänze frei, und um den Erlös der Gründe, die dieses Spital einnimmt, könnte er an der Peripherie der Stadt genug Spitäler errichten, um den Bedarf für Jahrzehnte hinaus zu decken.

Dagegen richtete die Statthalterei an den Magistrat folgende Zuschrift: Die Infektionsabteilungen in den Wiener k. k. Krankenanstalten sind dermalen derart überfüllt, daß eine weitere Aufnahme solcher Kranker daselbst auch durch Aufstellung von Notbetten und dergleichen nicht mehr mög-



Sekrete in die Blutbahn gelangt sind und so den ganzen Körper durchkreisen, so wird auch die andere Konjunktiva, sofern sie mit diesen Antitoxinen durchtränkt ist, auf Abrineinwirkung keine Krankheitserscheinungen mehr zeigen. Im übrigen kann als weiterer Beweis dafür, daß das Abrinantitoxin nicht aus den Zellen der Konjunktiva stammt, was nach Ehrlichs Theorie notwendig wäre, der Umstand angesehen werden, daß tatsächlich ja auch das Knochenmark und die Milz als diejenigen Organe nachgewiesen sind, in welchen sich das Gegengift gegen das Abrin bildet, diejenigen Organe also, welche die Bildungsstätte bestimmter Arten von Leukozyten darstellen.

Es werden also die Antitoxine und auch die bakteriolytischen Substanzen nicht an der ursprünglichen Ansiedelungsstätte, an dem lokalen Herde der Krankheitserreger durch die infizierten fixen Organzellen gebildet, sondern vornehmlich in den Organen, in welchen die Leukozyten, und zwar gerade die spezifisch in dem jeweiligen Falle infolge ihrer chemischen Affinität wirksamen Leukozyten entstehen. Wenn anscheinend, wie z. B. bei der Antiabrinbildung, an Ort und Stelle der Infektion Antitoxine sich bilden, so geschieht das ebenfalls nicht durch die infizierten fixen Organzellen, sondern durch die infolge der entstandenen Entzündung in den Infektionsherd hineingelangten Leukozyten und ihre Sekrete. Hiedurch erklärt sich, wie bereits hervorgehoben, die nützliche, heilsame Wirkung der Entzündung. (Vgl. auch Bergel: Über Entzündung und deren Behandlung. Zeitschrift f. diät. u. physik. Therapie. Juli 1906.)

Innerhalb des Körpergewebes kann geformte und nicht vorgearbeitete Nahrung nur von den Leukozyten aufgenommen werden, weil diese als einzellige, selbständige, sekretionsbegabte Individuen sowohl in ihrem Innern Stoffe zu verdauen vermögen, als auch außerhalb ihres Körpers infolge von Absonderung eines enzymartigen Sekretes eine auflösende, verdauende Wirkung ausüben können und auf diese Weise geformte oder hochkomplizierte Substanzen in lösliche, assimilierbare umzuwandeln imstande sind.

Die eigentliche, für die Entgiftung der Infektionsstoffe in Betracht kommende chemische Einwirkung findet also zwischen den toxophoren, biotoxischen Komplexen der Krankheitserreger und den enzymatischen einzelner Leukozytenarten statt, sei es innerhalb ihres Zelleibes oder außerhalb desselben durch das ins Serum ergossene fermentartige Sekret. Damit ist natürlich nicht gesagt, daß nur die Leukozyten und die von ihnen produzierten Fermente imstande sind, die Krankheitserreger chemisch zu binden, unschädlich zu machen. Ebenso wie z. B. Verdauungsfermente manche Toxine zu entgiften vermögen, könnten auch andere im Körper vorhandene Substanzen, sofern sie nur chemische Beziehungen zu den Krankheitserregern haben, verändernd, zerstörend auf sie einwirken.

(Fortsetzung folgt.)

Die chirurgische und die interne Behandlung der Appendizitis.

Von **Dr. J. Franke.**

(Fortsetzung.)

Wäre eine solche Rubrizierung klinisch möglich, mit Sicherheit durchführbar, so wäre das Appendizitisproblem schon längst gelöst. Indessen, das ist gerade der springende Punkt der Sache, daß eine solche Einteilung in praxi undurchführbar ist; sie scheitert an der Unmöglichkeit, die sichere Prognose des Anfalles im Einzelfall zu stellen. Wir kennen sehr genau die anatomischen Verhältnisse der Appendizitis, können aber unsere Kenntnisse am Krankenbett nicht genügend verwerten, wir haben kein sicheres Mittel, den anatomischen Zustand des Wurmes im vorliegenden Falle zu diagnostizieren. Die Stellung der Prognose hängt also ab von der Diagnose des Charakters der Appendizitis: je erfahrener der Arzt in der Perityphlitisfrage, desto schärfer wird er die anatomische Diagnose zu stellen vermögen; aber speziell die bei den Frühoperationen gemachten Beobachtungen haben vielfach ergeben, daß auch der erfahrenste Diagnostiker folgenschweren Irrtümern in der Auffassung der Krankheit ausgesetzt ist. Die Schwierigkeit der Beurteilung liegt darin, daß die schweren, der Perforation vorausgehenden Veränderungen des Appendix unter Umständen fast symptomlos, vielfach unter ganz leichten klinischen Erscheinungen verlaufen und daß mit dem Durchbruch erst plötzlich die Peritonitissymptome einsetzen. Man hat also Grund zu der Annahme, es liege eine Appendicitis simplex vor, und wird durch eine, am zweiten, dritten und vierten Tag einsetzende jähe Verschlimmerung überrascht. Ferner: die Perforation vollzieht sich unter starken klinischen Erscheinungen, die mit der Bildung eines sich abgrenzenden Abszesses nachlassen, es folgt am vierten, fünften und sechsten Tag eine Periode der scheinbaren Besserung, am siebenten Tag kommt es plötzlich zu einem Durchbruch des jauchigen Abszesses in die Bauchhöhle mit tödlicher

---

lich ist. Namentlich mehren sich in letzter Zeit die Fälle, in welchen wegen Unterbringung Scharlachkranker die hierämtliche Intervention in Anspruch genommen wird, ohne daß es möglich wäre, dem diesbezüglichen Begehren Rechnung zu tragen. Hievon wird der Magistrat mit der Aufforderung in Kenntnis gesetzt, in solchen Fällen ausreichende Vorsorge zu treffen, wie dies im Erlaß vom 12. März angedeutet wurde.

Die k. k. Polizeidirektion wird aufgefordert, die Kommissariate zu verständigen, alle jene Fälle, in denen nach telephonischer Umfrage in den Wiener k. k. Krankenanstalten die Unterbringung daselbst infolge Platzmangels nicht möglich sein sollte, an den Wiener Magistrat zu weisen.

Der Magistratsdirektor unterzog hierauf den Statthaltereierlaß einer scharfen Kritik. Es heißt in diesem Magistratsbericht u. a.:

Es ist ganz und gar unbegreiflich, daß die Statthalterei als Landessanitätsbehörde anordnen konnte, die Infektionskranken wegen angeblichen Platzmangels in den Spitälern in ihren Wohnungen zu belassen. Weiters ist es unbegreiflich, daß die Kommissariate beauftragt wurden, solche Fälle gerade an das Armendepartement zu weisen, wo die betreffenden hilfesuchenden Personen (Verwandte oder Hausgenossen des Kranken) mit zahlreichen Elementen, wie Obdachlosen usw. zusammentreffen, die die Infektionsgefahr in die Armenviertel und Massenquartiere der Stadt tragen können. Es scheint, daß dieser Erlaß der Beginn einer Aktion der Statthalterei ist, durch die beabsichtigt wird, die Sicherstellung der Aufnahme in einer Krankenanstalt dem Magistrat aufzuhalsen, der jeder telephonischen Angabe eines Spitales, es sei kein Platz, glauben muß, weil ihm ja keinerlei Kontrolle zusteht. Überdies steht der neuerliche Statthaltereierlaß im Widerspruch mit den bisherigen Normalien, in denen die Aufnahme kranker Personen in die k. k. Krankenanstalten ausdrücklich in den Wirkungskreis der k. k. Polizeikommissariate gewiesen ist. Daß diese Vermutung, die sich beim Eintreffen des Statthaltereierlasses aufgedrängt hat, richtig war, wird dadurch bestätigt, daß laut einer Mitteilung neuestens die Kommissariate durch ein Zirkulartelegramm über Veranlassung der Statthalterei beauftragt worden sein sollen, alle um Spitalsaufnahme ansuchenden Parteien nach bloß einmaligem telephonischen Versuche der Unterbringung in einer Krankenanstalt ohne weitere Amtshandlung und Evidenz an das Armendepartement zu weisen. In der Tat wurden bereits mehrere Scharlachkranke von den Polizeikommissariaten an die Abteilung XI des Magistrats verwiesen, ferner sogar Personen, die absolut nicht als arm zu betrachten sind. Zur Illustration der Behauptung, daß der Platzmangel bis zu einem gewissen Grade nur ein angeblicher ist, diene ein Vorkommnis der letzten Tage, wo die Drohung mit der Publikation in einer Wiener Zeitung hinreichte, um die Bitte eines journalhabenden Polizeibeamten an die Spitalsverwaltung so wirksam zu unterstützen, daß der betreffende arme Kranke sofort Aufnahme fand. Der Gefertigte fühlt sich verpflichtet, von

Peritonitis diffusa. Unter dem Eindruck dieser Erfahrungen, die auch den hervorragendsten Vertretern unseres Faches nicht erspart geblieben sind, hat man die bedingungslose Frühoperation empfohlen, das heißt geraten, jeden Fall von Appendizitis, der zur Beobachtung kommt, im frühesten Stadium zu operieren. Dieser Vorschlag ist zweifellos logisch, denn, würden alle Fälle von Appendizitis bei den ersten Symptomen laparotomiert, so wäre es theoretisch denkbar, daß die Mortalität der Krankheit auf ein Minimum, vielleicht auf Null, reduziert werden könnte. Einer solchen unbedingten Frühoperation stehen indessen auch Bedenken entgegen, die ich kurz formulieren will.

1. Die Schwierigkeit der Frühdiagnose selbst. Während die Feststellung, daß es sich bei einer akuten Erkrankung überhaupt um Appendizitis handelt, für den Geübten meist leicht ist, gelingt sie dem weniger geübten Arzt oft nicht am ersten oder zweiten Tag — ich wurde mehrfach zu Fällen von akuter Appendizitis gerufen, bei denen die Diagnose auf Gastroenteritis, Koprostase, Invagination usw. gestellt worden war, oder umgekehrt, zur Operation von Patienten zugezogen, bei denen ich die vom Arzt angenommene Appendizitis ausschließen konnte.

2. Die Frühoperation setzt einen in der Bauchchirurgie vollständig bewanderten Operateur voraus, da sich auch bei scheinbar einfacher Sachlage hinsichtlich der Entfernung des Appendix die größten anatomischen Schwierigkeiten ergeben können; sie wird also in der Regel einen Fachchirurgen verlangen.

3. Die Resektion des Appendix bietet eine zwar geringe, aber immerhin doch eine gewisse Gefahr, speziell bei älteren Leuten, bei denen jede Bauchoperation mit einem Risiko verbunden ist.

4. Gegenüber der Intervalloperation hat die Frühoperation den Nachteil, daß die Vorbereitungen zum Eingriff häufig nicht mit der wünschenswerten Ruhe und Vollkommenheit getroffen werden und daß die Bauchwunde nicht immer geschlossen werden kann, die Gefahr des Bauchbruches daher eine größere ist.

5. Das Publikum dürfte sich im allgemeinen nur schwer zu Eingriffen bei nur relativer Indikation entschließen: wenn die Frage vorgelegt wird, ob die Operation dringend nötig sei, kann man dieselbe bei einem Fall, der den Eindruck eines durchaus leichten macht, nicht bejahen.

Man hat ferner der bedingungslosen Frühoperation entgegengehalten, daß, da 90 % der Appendizitisfälle spontan abheilen, eine große Anzahl von Patienten unnötig operiert werde. Die Anhänger dieser Operation erwidern allerdings darauf, daß es eben nicht möglich sei, die zehn dem Tode verfallenen Kranken herauszufinden und daß ferner die meisten Patienten doch nach dem Anfall operiert werden müßten.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß wir, falls wir Fortschritte in der Appendizitistherapie machen, die unheimlichen Todesfälle vermeiden wollen, operativ auch auf die 90 % intern heilender Fälle rekurieren müssen. Indessen konnte ich mich bis jetzt auf Grund meiner persönlichen Erfahrungen noch nicht zu dem ganz radikalen Vorgehen entschließen; ich vertrete vielmehr den individualisierenden Standpunkt und glaube in Übereinstimmung mit Krecke, daß man die ganz leichten Fälle von Appendizitis bei exakter klinischer Beobachtung doch erkennen und daß man diesen die Operation im akuten Anfall ersparen kann. Diese Indikationsstellung ist also geknüpft an eine minutiöse Würdigung der Symptome des Initialstadiums der Erkrankung, und wir müssen uns daher ganz kurz mit der Symptomatologie beschäftigen.

Bei schweren Fällen von Appendizitis sind wenige Stunden für den Operationserfolg entscheidend; es handelt sich also darum, so rasch wie möglich zur Erkennung der Natur des Anfalles zu kommen. Für diese Beurteilung sind entscheidend einmal die Intensität der Symptome, sodann der allgemeine Habitus des Patienten, endlich das Verhältnis der allgemeinen Reaktion zu dem lokalen Befund im Abdomen. Eines der wichtigsten Zeichen der schweren Anfälle ist die Spannung der Bauchmuskulatur, insofern dieselbe eine Reizung des Bauchfells durch einen Erguß beweist. Schon vor Jahren hat Trendelenburg auf die Bedeutung der Bauchspannung bei inneren Blutungen (Milz-, Leberruptur), sowie bei Darmperforation infolge von Kontusionen des Leibes hingewiesen. Das Auftreten der Muskelspannung bei Appendizitis spricht für eine Durchlässigkeit des Appendix und gibt somit die Indikation für sofortige Operation. Beim Puls ist zu berücksichtigen, daß dessen Frequenz individuellen Schwankungen unterliegt, doch ist eine hohe Pulszahl speziell bei niederer Temperatur ein ominöses Zeichen. Wenn auch Fälle vorkommen, bei denen trotz diffuser eiteriger Peritonitis der Puls 80 nicht übersteigt, so ist doch im allgemeinen ein Puls von 100 oder mehr das Zeichen einer schweren Entzündungsform und mitbestimmend für die Indikation zum Eingriff. — Das dritte wichtige Symptom ist der Schmerz. Intensive Schmerzen

---

dieser Aktion der Statthalterei, die einen ganz und gar ungeeigneten und für die Gesundheit der Bevölkerung äußerst gefährlichen Weg zur Beseitigung der Spitalsmisère darstellt, Bericht zu erstatten. Die öffentliche Erörterung dieser Angelegenheit erscheint um so notwendiger, als leider weite Kreise der Bevölkerung geneigt sind, die Schuld an den bestehenden unhaltbaren Zuständen der Gemeinde zuzuschieben. Ein großer Teil des Publikums hat nicht das richtige Urteil für die ungeheuerliche Tatsache, daß die Staatsverwaltung für die Erhaltung der vielfach auch von auswärtigen Kranken besuchten Spitäler der Hauptstadt, der größten Steuerträgerin des Reiches, nicht mehr beiträgt, als die geringe Summe, die vom Unterrichtsministerium für die Bereithaltung klinischen Materials in den k. k. Krankenhäusern zur Verfügung gestellt wird.

Darauf erwiderte die Statthalterei:

Bereits im Jahre 1901 hat die Statthalterei die Gemeinde Wien aufgefordert, für die Verpflegung armer Kranker, die wegen Platzmangel in eine Wiener Krankenanstalt nicht aufgenommen werden können, vorzusorgen. Dem gegen diese Entscheidung ergriffenen Rekurse hat bekanntlich das Ministerium des Innern mit der Entscheidung vom 11. März l. J. keine Folge gegeben und ausgesprochen, daß der Wiener Krankenanstaltenfonds wohl die stiftungsmäßige Bestimmung zur Gewährung spitalsmäßiger Krankenpflege in den ihm gehörigen Spitälern, aber durchaus nicht die Verpflichtung habe, für die Wiener Krankenpflege im Wiener Gemeindegebiete vollständig und nach jeder Richtung aufzukommen. Es ist vielmehr die Gemeinde Wien verpflichtet, diese armen Kranken zu verpflegen, soweit der genannte Fonds nach seinen Mitteln unvermögend oder nach Umständen nicht berufen ist, das in Wien bestehende Pflegebedürfnis zu befriedigen.

Erfahrungsgemäß häufen sich zu Beginn des Frühjahres die Fälle, in welchen Infektionskranke die Aufnahme in eine Krankenanstalt anstreben. Zu diesen Zeiten pflegt der Wiener Krankenanstaltenfonds durch Einführung des sogenannten „gedrängten Belages", Aufstellung von Notbetten, Heranziehung aller zu diesem Zwecke nur irgendwie verfügbaren Räume, ja selbst durch Belegen der Korridore den Bedürfnissen der leidenden Bevölkerung zu entsprechen. Allein dies hat seine Grenzen und darüber hinaus ist jede weitere Aufnahme undurchführbar, zumal eine den hygienischen Anforderungen widersprechende Art der Unterbringung den Gesundheitszustand der bereits im Spitale Befindlichen schädigen und entsprechende Heilerfolge verhindern würde. Die von der Höhe der einzuhebenden Verpflegsgebühren und dem Eingange an sogenannten Verlassenschaftsprozenten abhängige finanzielle Lage des Wiener Krankenanstaltenfonds ist allgemein bekannt. Diese verbietet es dem Fonds von selbst, über seine stiftungsmäßige Verpflichtung hinaus Lasten auf sich zu nehmen, welche er zu tragen nicht vermöchte, deshalb mußte er die Abhilfe bei dem hiezu berufenen Faktor — der Gemeinde Wien — in Anspruch nehmen.

(Schluß folgt.)

im Beginn der Erkrankung, fortbestehender Schmerz während der ganzen Nacht oder des Tages, Wiederauftreten heftiger Schmerzen nach anfänglicher Besserung, sprechen für Appendicitis destructiva. Dabei ist wieder zu berücksichtigen, daß die Schmerzempfindung individuell sehr verschieden ist und daß geringe Schmerzen nicht für die Annahme einer leichten Form von Appendizitis verwertbar sind. — Mehrmaliges Erbrechen im Beginn des Anfalls, Wiederholung desselben nach stundenlangem Sistieren, Fortdauer desselben am zweiten Tag, sind bedrohliche Zeichen. Der Temperatur kommt keine sehr große Bedeutung zu, da erfahrungsgemäß die schwersten Fälle fieberlos bleiben können; immerhin sind Schüttelfröste und hohes Fieber (über 40°) einerseits, subnormale Temperaturen anderseits für die Beurteilung sehr wichtig. — Beschleunigung der Atmung, kostaler Typus, speziell bei Männern, sind Zeichen peritonitischer Komplikation.

Das Symptomenbild der Appendizitis ist ein sehr variables: die geschilderten Symptome können im Einzelfall alle vorhanden sein, es können aber auch einzelne fehlen; ein einziges ungünstiges Symptom ist, wie Krecke mit Recht betont, für die Beurteilung wertvoller, als das Vorhandensein mehrerer günstiger Zeichen. Der erfahrene Arzt kann oft aus dem Gesichtsausdruck, der Atmung, dem Puls allein die Diagnose stellen. Wichtig ist ferner der Ablauf der Erscheinungen, der rasche Rückgang oder die sukzessive Steigerung. Bei den leichtesten Fällen, die ich von der Frühoperation ausschließen will, fehlt die Muskelspannung, die lokale Druckempfindlichkeit ist eine mäßige, die spontanen Schmerzen sind nicht sehr heftig und lassen schon nach einigen Stunden nach. Erbrechen tritt nur einmal oder überhaupt nicht ein. Der Puls geht nicht über 100, die Temperatur ist nur mäßig erhöht; der Leib ist, abgesehen von der Zökalgegend, leicht eindrückbar, weich; die Allgemeinreaktion ist eine geringe; im Laufe von 12 oder höchstens 24 Stunden erfolgt ein Rückgang aller Erscheinungen. Bei solchen Fällen kann man, mit dem Messer in der Hand, unter steter Beobachtung des Ablaufs abwarten und kann dem Patienten die Frühoperation ersparen. Erfolgt der Rückgang der Erscheinungen nach 24 Stunden nicht, ist sogar eine Steigerung der einen oder anderen Krankheitserscheinung nachzuweisen, dann ist die Indikation zu sofortiger Operation gegeben.

Bei den schweren Fällen tritt in der Regel schon am ersten Tage eine stete Steigerung der Erscheinungen ein (siehe obige Beobachtung), die zu sofortigem Eingreifen auffordert. Es gibt aber auch Fälle mit leichten Anfangserscheinungen, bei denen erst am zweiten oder auch am dritten Tage Zeichen eines schweren Prozesses nachzuweisen sind. In diesen Fällen ist genaueste Beobachtung des Verlaufs in allen seinen Einzelheiten dringend nötig, damit der Zeitpunkt nicht versäumt wird. Die Diagnostik, resp. die Stellung der Prognose erfordert also gerade in den ersten Tagen die Berücksichtigung aller, auch der geringfügigsten Symptome, es kann auf keines derselben verzichtet werden, am wenigsten auf den Schmerz, als eines der alarmierendsten Zeichen. Es ist daher gefährlich, den Schmerz von Anfang an durch Narkotika zu eliminieren, und in diesem Moment ist das Hauptbedenken gegen die Anwendung des Opiums zu suchen. Dr. Pfister glaubt zwar, daß der geübte Kliniker mit dem objektiven Befund allein auskomme und daß die Verschleierung des Krankheitsbildes durch Ausschalten der Schmerzen keine wesentliche diagnostische Bedeutung habe. Ich muß ihm darin widersprechen: für die Indikationsstellung ist der Schmerz ein unentbehrliches Symptom, Intensität, Dauer, Steigerung desselben sind von größter Wichtigkeit für die Beurteilung und zumal für den Arzt, der keine großen Erfahrungen auf dem Gebiete der Perityphlitis besitzt. Dazu kommt ein, wie ich glaube, nicht zu unterschätzendes psychologisches Moment: der Patient erfaßt die Gefährlichkeit seiner Situation viel leichter, wenn er Schmerzen hat, und läßt sich von der Notwendigkeit eines operativen Eingriffs rascher überzeugen, als wenn er sich nach großen Opiumgaben in schmerzfreiem Zustand befindet. Die Schmerzen sollten daher — entsprechend der schon erwähnten Ansicht Krehls — nur soweit als irgend nötig und dann durch Morphiumsuppositorien oder kleine Morphiuminjektionen bekämpft werden.

Die Empfehlung der individualisierenden Frühoperation, des Ausschlusses leichtester Fälle, die immerhin einen erheblichen Prozentsatz der Erkrankungen ausmachen, hat exakteste Beobachtung des Einzelfalles in den ersten 24 Stunden zur Voraussetzung: die Fortschritte der Appendizitisbehandlung sind demnach an eine Verfeinerung der Diagnostik im Initialstadium geknüpft.

Als intermediäres Stadium der Appendizitis bezeichnet man die Periode vom dritten bis sechsten Tag. Kommt ein Fall erst in dieser Zeit zur Behandlung, so ist zweierlei möglich: entweder es ist durch Perforation des Appendix in die freie Bauchhöhle bereits zu einer diffusen Peritonitis gekommen, oder es sind Zeichen einer umschriebenen Eiterung in der Zökalgegend vorhanden. Die Ansichten über das Verhalten bei diesen Zuständen sind geteilt; den Vertretern radikalen Vorgehens in jedem Stadium (Sprengel) stehen andere gegenüber, die den Eingriff für inopportun halten. Ich selbst habe das Prinzip, auch im intermediären Stadium zu individualisieren, mich nach den Verhältnissen des Einzelfalles zu richten. Kommt ein Kranker am vierten Tage mit eitriger Peritonitis in Behandlung, so verzichte ich auf Operation, wenn die Chancen einer solchen, besonders auf Grund des Allgemeinzustandes (Herzschwäche) sehr geringe sind. Solche Fälle können zudem bei konservativer Behandlung ab und zu Besserung und Abgrenzung der Eiterung zeigen, so daß ein späteres Eingreifen mehr Aussicht auf Erfolg bietet. Durch Kochsalzinfusionen, intravenöse Digalen- oder Strophantininjektionen sucht man den Organismus in seiner Widerstandskraft zu halten, bis er der Intoxikation Herr geworden ist. Mit dieser Behandlungsmethode habe ich im letzten Sommer ein 13jähriges Mädchen, das mit anscheinend hoffnungsloser diffuser Peritonitis am fünften Tage der Erkrankung eingeliefert wurde, zur Heilung gebracht; nach neun Tagen wurde die Bauchhöhle eröffnet und über ein Liter stinkenden Eiters entleert.

Ist der Allgemeinzustand noch relativ gut und sind die lokalen Erscheinungen im Abdomen noch im Fortschreiten, so kann man sich sofort zur Laparotomie entschließen. Neben der Eiterentleerung und Drainage des Bauchraums kommen in solchen Fällen Enterostomien zur Eliminierung des toxischen Darminhalts in Betracht.

Sind Zeichen einer Abgrenzung der peritonitischen Entzündung vorhanden, so kann man unter steter Beobachtung des Falles abwarten, bis sich festere Adhäsionen gebildet haben. Tritt irgend ein Symptom einer Verschlimmerung auf, so muß aber sofort operiert werden. Ist die Abgrenzung vollendet, so hat längeres Zuwarten mit der Inzision keinen Zweck, denn die Eiteransammlung bedeutet immer eine gewisse Gefahr für den Organismus und sollte sobald als möglich nach außen entleert werden. Ich befinde mich mit dieser Indikation im Gegensatz zu der inneren Klinik, die auf die Resorptionsmöglichkeit des Eiters rechnet und daher längeres Zuwarten (bis zu vier Wochen) für richtig hält.

(Schluß folgt.)

Der 28. Balneologenkongreß zu Berlin.

(Schluß.)

Die folgenden Verhandlungen wurden mit einem Vortrage Strauß (Berlin) über Pseudoanämien eröffnet. Unter Pseudoanämie versteht der Redner einen krankhaften Zustand, der sich durch Blässe kundgibt, ohne daß eine Blutveränderung vorhanden ist. Sie kommt im Gefolge von Nierenkrankheiten, bei Bleivergiftungen und bei nervösen Individuen, namentlich bei weiblichen vor. Es handelt sich bei den beiden letzten Erkrankungsformen nach der Ansicht der Vortragenden um angiospastische Zustände. Derartige Patienten klagen über mannigfache Beschwerden, leichte Ermüdbarkeit, Verdauungsbeschwerden, über Herzklopfen, über Stiche in der Herzgegend



u. dgl. Derartige Zustände werden vielfach bei Fettsüchtigen, bei Tuberkulösen im Frühstadium der Erkrankung beobachtet. Bedauerlicherweise finden diese Pseudoanämien nicht die gebührende Beachtung in der Praxis. Eisenkuren sind für derartige Kranke durchaus unangebracht. Hier ist von Arsen ein Erfolg zu erwarten; dagegen ist eine allgemeine hygienische, hydrotherapeutische oder klimatische Behandlung allein erfolgversprechend. In der Diskussion wurde namentlich die Annahme des Vortragenden, daß es sich um angiospastische Zustände handelt, bekämpft, weil es in der ganzen Pathologie ohne gleichen ist, von einem dauernden Spasmus zu reden. Der Vortragende glaubte trotzdem seine Auffassung aufrecht halten zu müssen. Es gibt dauernde spastische Zustände, z. B. bei Bleierkrankungen, bei spastischen Obstirpationen. Nach der recht lebhaften Erörterung über den Straußschen Vortrag sprach Siebelt (Flinsberg) über die balneologische Behandlung gonorrhoischer Späterkrankungen. Redner bemerkt, daß neuerdings wieder die innere Behandlungsweise mehr in Aufnahme kommt. Von jeher fielen dem Balneologen die gonorrhoischen Späterkrankungen zu, bezüglich deren Verfasser als Hauptgruppen die Gelenkerkrankungen und die Krankheitszustände der weiblichen Genitalien unterscheidet, welchen sich als Nebengruppen Neuritiden sowie Störungen in dem Harnwege anschließen. Die drei ersteren sind dankbare Objekte für Moorbadekuren, wenngleich manchmal große Vorsicht geboten ist und viel Geduld und Ausdauer gefordert wird. Bei der chronischen Gonorrhoe der weiblichen Geschlechtsorgane sah der Vortragende gute Erfolge beim Gebrauch von Fichtenrindenbädern, verbunden mit langdauernden Ausspülungen. Diese Wirkung dürfte dem hohen Gehalt an Gerbsäure und Harzen zuzuschreiben sein. Leider wurden die Moorbadekuren sehr häufig durch ein ungeeignetes Verhalten der Patienten beeinträchtigt.

Hierauf hielt Kisch (Marienbad) einen sehr anregenden Vortrag über die konstitutionelle Form der Lipomatose (Fettsucht) und die Einflüsse, welche die Balneotherapie auf diese auszuüben vermag. Menge und Beschaffenheit der Nahrung kommt bei der alimentären Fettsucht ganz entschieden in Betracht; indessen reichen sie zur Erklärung der Erscheinung doch nicht völlig aus. Vielmehr spielen dabei noch andere Momente mehr biologischer Natur eine große Rolle. Dahin gehören angeborene, ererbte Anomalien in den Zellfunktionen. Als schädigende Hauptursachen bezeichnet der Vortragende den chronischen Alkoholismus, die Syphilis, die Skrophulose. Bei der akimentären Ligomatosa ist die Blutbeschaffenheit wenig verändert, die Gewebe zeigen eine Üppigkeit ihrer zellulären Elemente. Hier sind diätetische Entfettungskuren am Platze. Die konstitutionelle Fettsucht bietet ein ganz anderes Bild dar. Die Blutbeschaffenheit ist sehr häufig pathologisch verändert. Hier muß die Behandlung auf eine Verbesserung der Blutbeschaffenheit der Gewebe gerichtet sein. Leider ist die Voraussage des Erfolges nicht immer sehr günstig. Die Balneotherapie kommt nur unter ganz genauer Berücksichtigung des Einzelfalles in Betracht. Mit Entfettungskuren im gewöhnlichen Sinne ist bei der konstitutionellen Fettsucht nicht viel auszurichten.

An die Mitteilung des M. Nenadovics (Franzensbad), betreffend den elektrischen Moorgürtel, knüpften sich einige sehr warnende Bemerkungen über die Anwendbarkeit derartiger Apparate.

Selig (Franzensbad) sprach über klinische Beobachtungen bei der Herzvibration. Die Methode liefert günstige Erfolge bei chronischer Herzerweiterung, und sie verdient daher eine gewisse Beachtung. Die an der Diskussion sich beteiligenden Redner verhielten sich dieser Methode gegenüber sehr skeptisch. Einen weiteren Gegenstand der Verhandlungen bildete der Vortrag Löbels (Vorna Watra) über die Indikationen der Moorbäder bei Behandlung der Schrumpfniere. Die Moorbäder haben eine den Blutdruck herabsetzende Wirkung. Auf dieser Voraussetzung ruht nach Ansicht des Redners die Anwendbarkeit der Moorbäder in Fällen von Schrumpfnieren. Auch die Polyurie wird durch diese Moorbäderkur günstig beeinflußt. Das gleiche soll der Fall sein bei asthmatischen Beschwerden. Der Atmungstypus wird vorteilhaft verändert, einerseits durch Verlangsamung der Atemzüge, andererseits durch deren Vertiefung. Andere wohltätige Wirkungen der Moorbäder erklären sich aus der eigenartigen physikalischen Beschaffenheit des Moorbadbreies. Anschließend hieran sprach Steinsberg (Franzensbad) über die Behandlung der Bleichsucht mit heißen Moorbädern. Er behandelte zunächst das ätiologische Hauptmoment der Bleichsucht, die er als eine gynäkologische Erkrankungsform ansehen zu müssen glaubt. Demgemäß müßte auch das therapeutische Hauptziel auf jenen ätiologischen Zusammenhang Rücksicht nehmen. Indessen ist das zurzeit noch nicht angänglich. Eine spezifische Organotherapie ist noch nicht möglich. Sodann erörterte der Vortragende die medikamentöse Behandlungsweise der Bleichsucht mit Eisen, Arsen und mit Thermalbädern. All diese Methoden berücksichtigen indessen nur die Erscheinungen der Bleichsucht, aber nicht ihre Ursachen. Anders stellt sich die Verwendung von Moorbädern mit hohen Temperaturen. Der Redner spricht sich für diese Bleichsuchtsbehandlung sehr entschieden aus. Die Bäder werden bei 38° C etwa halbstündlich und wöchentlich viermalig verordnet. Von einer Eisenbehandlung wurde gänzlich Abstand genommen.

Winternitz (Wien) hielt einen Vortrag über die Entwicklung der Hydrotherapie zur klinischen Behandlung. F.

III. Referate.

Zur Frage der Silberspirochaete. Von Dr. Walter Schultze, Augenarzt, Berlin-Friedenau.

Schaudinn und andere Forscher, besonders französische, sind im Laufe ihrer Untersuchungen zu dem Ergebnis gekommen, daß die Spirochaeta pallida im System der Rekurrensspirochaete nahe steht, vor allem deshalb, weil das Vorhandensein eines Kernes nicht nachzuweisen ist und in der Gestalt sowie in der Art der Bewegung sie ihr am ähnlichsten ist.

Die bisherigen Untersuchungen des Autors haben ihn zu dem Schluß geführt, daß die Lues mit Sicherheit auf das Kaninchen übertragen werden kann, und daß in demselben, besonders also auch in dem erfolgreich geimpften Auge, ebenso wie in den luetisch erkrankten Organen des Menschen, der Cytorrhyctes luis (Siegel) nachweisbar ist. Die mittels der Silbermethode dargestellten mehr oder minder spiraligen Gebilde in syphilitischen und nichtsyphilitischen Organen sind als Gewebsbestandteile zu deuten, und zwar in der Regel als Nervenendfibrillen.

Eine weitere Bestätigung haben seine Kaninchenaugenimpfungen kürzlich durch Neisser erfahren, dem es auch gelungen ist, derartige Impfungen mit positivem Erfolge auszuführen, wie er es durch Rückübertragungen auf Affen bestätigt hat, und zwar nicht nur mit dem erkrankten Kaninchenauge, sondern auch mit inneren Organen der geimpften Tiere.

Wenn neuerdings Bab angibt, eine Verwechslung der nach der Levaditi-Methode gefärbten Spirochaeten mit Nervenendfibrillen könne nicht in Betracht kommen, weil letztere wesentlich dicker seien, so würde ein großer Teil der bisher als Spirochäten beschriebenen Formen nicht als solche zu betrachten sein, weil sie schon ohne Immersionslinse mittels starken Trockensystems deutlich erkennbar sind. Vor allem aber sind die Nervenendfibrillen, welche mit der Silbermethode zur Darstellung gebracht sind und spirochätenähnliches Aussehen haben, vielfach so zart, daß es nur mit Hilfe der Ölimmersion gelingt, sie in ihrem feinen spiraligen Charakter zu erkennen. Da ferner die Silberfärbung in einer Auflagerung, nicht aber in einer Imprägnation des Gewebes selber besteht, so kann die Auflagerung in verschiedener Dicke geschehen und infolgedessen bietet die letztere keinen absoluten Wert. Dementsprechend sind auch die Pseudospirochäten in der nicht luetischen Kaninchenkornea nicht gleich-



mäßig dick und entsprechen daher den Anforderungen, wie sie die verschiedenen Autoren an die Silberspirochäten stellen. Zum Teil sind sie mit starkem Trockensystem schon erkennbar, zum Teil nur mit Immersionslinsen. (Berl. klin. Woch. Nr. 52.)

*

Die Entwicklung der Lehre von der Ozaena. Von B. Fränkel.

F. hat in der Ozaenafrage einen besonderen Standpunkt eingenommen: Zunächst hat er in der Nase den Unterschied, der an anderen Organen längst gemacht war, nämlich die Unterscheidung in bezug auf den atrophierenden und hyperplastischen Katarrh, eingeführt. Das war vor ihm nicht der Fall. Dann hat er die Ozaena in ihrer bekanntesten Form dem atrophierenden Katarrh angereiht und gesagt, daß dabei sich Borken in der Nase bilden. Die Borken entständen durch den Zellenreichtum, durch die Klebrigkeit, die der Eiweißgehalt in den Sekreten bedingt, und die Flüssigkeitsarmut der Absonderungen, die nun von dem darüberstreichenden Luftstrom ausgetrocknet würden. Dazu käme bei der Ozaena ein Ferment, welches die stinkende Zersetzung in den Borken bedinge. Jedenfalls aber sitze der Gestank in den Borken; wenn man diese aus der Nase entferne, verschwinde der Gestank.

Man nannte damals alle Nasenkrankheiten Ozaena, bei denen es stank. Jede Krankheit, die einen Gestank in der Nase erzeugte, ein Fremdkörper, ein Sequester, ein Geschwür oder was sonst einen stinkenden Geruch erzeugen konnte, wurde unter diesem Namen zusammengefaßt. Heute, glaube ich, denken wir, wenn wir von Ozaena sprechen, nur noch an jene atrophierende Form mit Borkenbildung, die jetzt wohl allgemein auch nicht mehr als Ozaena simplex oder Ozaena catarrhalis, sondern schlechtweg als Ozaena bezeichnet wird.

Später aber, als unsere Kenntnisse über die Nebenhöhlenkrankheiten gewachsen waren, trat Grünwald und nach ihm Hajek, namentlich aber der erstere für die Theorie der „Herdeiterung“ ein; es wurden die Nebenhöhlen ganz besonders als Ozaena bedingende Herde in den Vordergrund geschoben.

Es war von vornherein unwahrscheinlich, daß die Ozaena ihren Ursprung in den Nebenhöhlen haben sollte. Die Ozaena ist meistens beiderseitig, die Nebenhöhlen meistens einseitig erkrankt. Die Ozaena befällt vorwiegend Frauen; F. hat noch nie gehört, daß die Nebenhöhlen vorwiegend bei Frauen erkranken. Auch tritt die Ozaena in einem so jugendlichen Alter auf, daß man dabei an die Nebenhöhlen kaum denken kann. Das waren die theoretischen Bedenken gegen die Annahme, daß die Nebenhöhlen die Ursache der Ozaena seien.

Als man nun diese Frage weiter verfolgte, fand sich eine Reihe von Ozaenafällen, in denen man klinisch eine Erkrankung der Nebenhöhlen ausschließen konnte. Es kam dann eine Reihe von Fällen zu unserer Kenntnis, in denen man Nebenhöhleneiterungen beseitigte, während die Ozaena bestehen blieb. Es wurden dagegen Fälle, namentlich von Grünwald und Hajek veröffentlicht, in denen durch Behandlung der Nebenhöhleneiterung die Ozaena beseitigt wurde.

Schließlich kann diese Frage nur durch Beobachtungen an Leichen entschieden werden. Unter 1043 Sektionen waren 34 Ozaenen und darunter 16 ohne Nebenhöhlenerkrankung. Wenn unter 34 zur Sektion gekommenen Ozaenafällen sich in 16 keine Nebenhöhlenerkrankung findet, dann kann unmöglich die Nebenhöhlenerkrankung die Ursache der Ozaena sein.

Nachdem dies entschieden war, kamen sowohl Grünwald wie Hajek auf die Vorstellung, daß, trotzdem die Ozaena keine Flächenerkrankung, sondern eine Herderkrankung sei, und zwar bezeichnen sowohl Grünwald wie Hajek die Nasengänge und das adenoide Gewebe als diejenigen Teile der Nase, von denen aus, abgesehen von den Nebenhöhlen, die Herderkrankung ausgehe.

Es hat noch niemand von uns behauptet, daß bei der Ozaena immer die ganze Nasenschleimhaut erkrankt sei. Wir werden also wohl mit diesen verdienstvollen Forschern zusammenkommen, wenn wir ihnen zugeben, daß häufig das adenoide Gewebe und die Nasengänge befallen seien, vorausgesetzt, daß sie uns darin zustimmen, daß auch an der medialen Konvexität der Muscheln adenoides Gewebe sich findet. Wenn wir also die Muschel mit unter das adenoide Gewebe begreifen, dann kommen wir schließlich mit der Auffassung von der Herderkrankung zusammen, dann bleibt nicht viel mehr übrig, was man nicht als Herderkrankung bezeichnen könnte; denn daß bei der Ozaena, immer die ganze Nasenschleimhaut lückenlos erkrankt sei, kann niemand behaupten.

Die Frage aber, ob die Muschelschleimhaut auch an ihrer nach der Mittellinie sehenden Konvexität miterkranke, kann nach den Untersuchungen von Döbeli, der Ozaenakranke von Stunde zu Stunde beobachtete und das Sekret an den Muscheln entstehen sah — Untersuchungen, die F. aus eigener Erfahrung, wenn er auch nicht immer stundenweise beobachtet hat, bestätigen kann — nicht mehr zweifelhaft sein.

Es gibt noch einen anderen Ort in der Nase, wo man diese Dinge ausgezeichnet verfolgen kann: das ist das Septum. Bei Syphilitischen kommt es häufig vor, daß vorn eine Perforation des Septums besteht, die gut verheit ist, bis auf eine Eiterung an einer Stelle eines Randes. Der Eiter fließt von hier aus gewöhnlich zunächst in das Loch hinein und füllt es mit Borken aus; dann aber quillt es über, und es kann vorkommen, daß von diesem Loch aus ziemlich weit nach hinten sich derartige Borken vorschieben. Diese bedecken dann eine größere Partie des Septums und bilden ein schulgerechtes Beispiel für eine Herdeiterung, die in pseudomembranartigen Bildungen die Nachbarschaft überzieht. Andererseits gibt es Fälle gerade wieder von syphilitischen Erkrankungen der Nase, wo die Schleimhaut an keiner Stelle eine Ulzeration zeigt und doch am Septum große Borken entstehen. Die können gar keine Herderkrankung darstellen im Sinne Grünwalds und Hajeks, sondern sie stellen eine Flächeneiterung dar. In gleicher Weise gibt es eine Flächeneiterung an der Konvexität der Muscheln. Die festen Borken, welche bis zu kunstgerechten Abgüssen einer ganzen Muschel sich ausbilden können, finden hiedurch ihre einfache und durch direkte Beobachtung gesicherte Erklärung.

Es kann dann eine weitere Auffassung für die Ozaena, und das war die von Schuchart und Volkmann vertretene der Metaplasie des Epithels. Die Untersuchungen in dieser Richtung waren zu spezialistisch. Die Metaplasie des Zylinderepithels findet sich im ganzen Körper; so z. B. ist sie an den weiblichen Geschlechtsteilen zu wiederholten Malen beschrieben worden, auch in der Urethra und an vielen anderen Stellen. F. hat sich damals davon überzeugt durch Ausschneiden von Stückchen aus Ozaena- und aus gesunder Schleimhaut, daß die Metaplasie des Zylinderepithels in Plattenepithel auch durch andere Krankheiten als durch atrophierende Katarrhe bedingt sein kann, und daß andererseits beim atrophierenden Katarrh und bei Ozaena eine Metaplasie nur in geringem Umfange auftreten kann. Gerade aber wieder durch die ausgezeichnete Arbeit von Oppikofer ist diese Frage meiner Ansicht nach gelöst worden. Er hat die 200 Sektionen auch mikroskopisch bearbeitet und gefunden, daß bei typischen Ozaenafällen die Metaplasie nur herdweise auftrat, während andere Stellen, namentlich in den Tiefen der Nasengänge, noch flimmerndes oder einfaches Zylinderepithel führen. Auch kommt die Metaplasie bei Zuständen vor, die mit Ozaena nichts zu tun haben.

So war also durch alle die zahlreichen und gründlichen Arbeiten die Theorie, die F. damals ausgesprochen hatte, zwar erweitert, aber nicht erschüttert worden. (Berl. kl. Woch. Nr. 52.)

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 10. Mai 1907.

Max v. Zeißl demonstriert: 1. Einen Fall von Lichen ruber verrucosus der linken unteren Extremität. 2. Ein viereinhalb Jahre altes Kind, mit Schwellung und Rötung des



linken großen und kleinen Labiums und des Praeputium clitoridis, sowie Harnbeschwerden. Weiters finden sich noch am großen und kleinen Labium je sechs hanfkorngroße, hellrote Knötchen, von welchen vier oberflächlich exkoriiert waren. In der linken Leistenbeuge waren drei Lymphknoten, in der rechten ein Lymphknoten geschwellt. Außer dem Genitalbefunde bestanden an der Zunge und an der Wangenschleimhaut mehrere epitheliale Abhebungen, ähnlich den Mundkatarrhen, wie man sie bei Influenza zu sehen pflegt. Seither schwollen die Inframaxillarlymphknoten an und entwickelten sich an der Haut des Stammes die in Gruppen angeordneten Knötchen. Möglicherweise steht die Genitalerkrankung mit einem Influenzaanfall in Zusammenhang und scheint sich an dem Kinde jetzt ein Lichen scrophulosorum zu entwickeln. Die Diagnose läßt Zeißl in suspenso und wird das Kind in einiger Zeit wieder vorstellen.

Viktor Urbantschitsch stellt eine 27jährige Frau mit Reflexparesen der Extremitäten infolge eines Mittelohrleidens vor, und berichtet anschließend daran noch über zwei Fälle, die er in letzter Zeit gut beobachten konnte. Weiters stellt er eine 51jährige Frau vor, die Anfälle von sensorischer Aphasie und Agraphie aufgewiesen hatte, die nach Ausspülung der eitrig erkrankten rechten Kieferhöhle jedesmal wesentlich gebessert wurden, bei erneuter Eiteransammlung in der Kieferhöhle wieder stärker hervortraten und seit Eröffnung der Kieferhöhle vollständig geschwunden sind. Schließlich demonstriert er noch die Schriftproben eines Mannes, der jedesmal beim Tamponieren der rechten Nasenhöhle von einem heftigen Zittern der rechten Hand befallen wird, so daß er kaum leserlich oder überhaupt nicht zu schreiben vermag.

Maximilian Sternberg stellt einen Fall von Tetanie vor, der sowohl in bezug auf den Verlauf als in bezug auf die Ätiologie bemerkenswert ist. Der Fall spricht für die Annahme einer Übertragbarkeit der Krankheit.

Theodor Escherich wirft zunächst die Frage auf, ob es sich hier wirklich um einen Fall von idiopathischer Arbeitertetanie und nicht etwa um eine symptomatische Tetanie im Verlaufe einer anderen Nervenkrankheit handelt. Er hat nämlich Fälle beobachtet, die alle Symptome von Tetanie boten, schließlich sich aber als tuberkulöse Meningitis entpuppten. Escherich hatte zwar wiederholt Gelegenheit, zu beobachten, wie im Krankenhause plötzlich bei einer größeren Anzahl von Kindern tetanoide Symptome in Erscheinung treten, die sie augenscheinlich im Spitale erworben hatten. Allein diese Tatsache kann nicht ohne weiteres für die Annahme einer Kontaktinfektion verwertet werden, da alle Kinder auch den gleichen respiratorischen Schädlichkeiten ausgesetzt waren. Auffallend ist ja auch, daß diese Infektionen stets in den Frühjahrsmonaten, fast niemals im Sommer zur Beobachtung kommen.

Lothar v. Frankl-Hochwart sieht in den Fällen Sternbergs einen wichtigen Beitrag zur Hypothese von der Infektiosität der Tetanie, jedoch kann er den Einfluß von Wohnung und Klima nicht als genügend für die Erklärung derartiger Fälle ansehen; er neigt mehr zur Hypothese der Annahme eines infektiösen Agens.

Im Schlußworte bemerkt Sternberg, daß die Häufung der Tetanie im März und April nicht gegen die Infektionstheorie spreche, weil die großstädtische Morbiditätskurve in diesen Monaten überhaupt ihr Maximum hat.

Salomon Ehrmann stellt drei Fälle vor, bei welchen er den Einfluß des an ultravioletten Strahlen reichen Quecksilberbogenlichtes (Uviollampe) auf die Abheilung von Psoriasis demonstriert. Die Versuche nun, die in 15 Fällen bisher durchgeführt wurden, zeigten folgendes: Durch das Uviollicht wird ein mäßiges (bei einiger Vorsicht nicht blasenbildendes) Erythem erzeugt, das mit Pigmentierung abheilt, während die Psoriasisplaque sich abschilfert und an deren Stelle bleibt eine pigmentarme Area, die genau der früheren Psoriasiseffloreszenz entspricht. Der älteste Fall ist jetzt seit der Behandlung zwei Monate alt. Von einer Provokation neuer Psoriasis war in keinem dieser Fälle etwas zu merken. Wir scheinen daher im Uviollicht ein sehr bequemes Mittel der lokalen Therapie zu besitzen, welches weder dem Patienten noch der Umgebung lästig fällt, Verbände unnötig macht und Wäsche und Kleidung spart. Nur für ganz inveterierte, jahrelang dauernde Plaques, Psoriasis verrucosa, werden wohl intensivere Wirkungen notwendig sein.

Eduard Spiegler stellt einen elfjährigen Knaben vor, der seit fünf Tagen erkrankt ist. An der Unterlippe fehlt die Schleimhaut, die Oberfläche ist leicht gewuchert, oberflächlich mit schmierigem Belag, beim Abwischen mit dem feuchten Tupfer blutet sie leicht. Der harte Gaumen ist mit schlappen, trüben Blasen belegt, das ganze Bild dem des beginnenden Pemphigus mucosae oris, der bekanntlich häufig das Initialstadium des gefürchteten Pemphigus vegetans bildet, sehr ähnlich. Ebenso finden wir Epithelverluste an der Konjunktiva der unteren Augenlider beiderseits, ja an einer Stelle ein seichtes Geschwürchen. Doch handelt es sich nicht um einen beginnenden Pemphigus, sondern, da der Knabe an den Streckseiten beider Unterarme typische Effloreszenzen eines Erythema multiforme hat, so haben wir hier ein Erythema multiforme mit Beteiligung der Lippen, der Mundschleimhaut und, was als besonders seltenes Vorkommnis namentlich hervorgehoben sei, der Konjunktiven.

Arthur Foges: Demonstration einer Ovarientransplantation in die Milz. Foges hat den Gedanken, Schilddrüsentransplantationen in die Milz vorzunehmen, aufgenommen und behufs Studium einiger Fragen der inneren Sekretion, in die Milz Eierstöcke und Hoden implantiert. Als vorläufiges Resultat dieser Versuche zeigt Foges ein Präparat, an welchem man die gelungene Einheilung eines Ovariums in die Milz sehen kann. (Tier[Hasen-]präparat).

Im Anschlusse daran berichten auch Kreidl und Biedl über Transplantationsversuche von Organen mit innerer Sekretion.

Fabricius demonstriert ein Präparat mit Verwachsung des Ovariums mit der Appendix. Beide sind durch einen ungefähr 2 *mm* dicken und 2 *cm* langen Strang miteinander verbunden. Diese Verwachsungen hatten Erscheinungen von Inkarzeration hervorgerufen.

Rudolf Pollak berichtet über einen Fall von Leukosarkomatose bei einem 13jährigen Knaben. Aus dem klinischen Status seien hervorgehoben: Auffallende Blässe der Haut und Schleimhäute, systolisches Geräusch an der Herzspitze; eine exquisite Druckempfindlichkeit des Sternums und der langen Röhrenknochen; ein kolossaler Milztumor, der nach rechts bis in die recht verlängerte Mamillarlinie und nach abwärts bis ins kleine Becken reichte. Leber gleichfalls vergrößert, die Drüsen zu beiden Seiten des Halses, in der Achsel- und Leistengegend bis pflaumengroß. Blutbefund: 2,200.000 rote Blutkörperchen, Hämoglobingehalt 40% (Sahli), 11.200 Leukozyten. Unter diesen fanden sich 97% Lymphozyten und von diesen waren 68% große atypische, einkernige Zellen, mit großem, hie und da leicht eingebuchteten Kern und schmalem, basophilem Protoplasma. Die roten Blutkörperchen zeigen leichte Größendifferenzen, keine Polychromatophilie. In sämtlichen durchmusterten Präparaten konnte nur ein kernhaltiger Erythrozyt (Normoblast) gefunden werden. Die histologische Untersuchung ergibt nicht nur einfache lymphozytäre Infiltration der Organe (Drüsen, Milz, Leber, Niere, Dura mater, Darmschleimhaut, Appendix), sondern auch überall sarkomatöses Übergreifen auf die Umgebung. Die Zellen, große Rundzellen mit großem Kerne, entsprechen durchaus den im Blute gefundenen großen einkernigen Zellen. *i. m.*

Ophtalmologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 15. März 1907.

(Schluß.*)

III. v. Reuß: Über eine optische Täuschung“.

An einem Gas-Selbstzünder, der auf einem Lampenzylinder angebracht ist und im wesentlichen aus zwei während

*) Siehe „Medizinische Blätter“ 1907, Nr. 21.



des Brennens in rascher Rotation um eine vertikale Axe befindlichen Aluminiumglöckchen besteht, beobachtete v. R., daß bei längerem Betrachten scheinbare Umdrehung der Drehungsrichtung eintritt, die, wie er anfangs meinte, ganz von dem Willen (d. h. der psychischen Disposition) des Beschauers abhänge. Er überzeugte sich jedoch, daß diese Inversion bei Erfüllung gewisser Bedingungen ganz gesetzmäßig und zwangsweise erfolge, und zwar stets dann, wenn das Netzhautbild des Drehungsobjektes unscharf wird, entweder dadurch, daß man es durch Fixieren eines seitlichen Gegenstandes exzentrisch (nicht auf der Makula lutea) entwirft oder daß man bei makularer Lage des Bildes durch Änderung der Akkomodation und Konvergenz oder auch durch Vorhalten eines Konvex- oder Konkavglases undeutlich macht. v. R. fand ferner, daß bei Anbringung mehrerer seitlicher Fixationspunkte Inversion und Reinversion wechsle, wenn man die Fixation wechselt, so daß die der Wirklichkeit entsprechende Drehung auch bei seitlicher Fixation eintritt, bei der sie ja eigentlich invertiert sein sollte.

Die Täuschung erfolgt nach der Meinung des Vortragenden aus denselben Gründen wie bei Sinstedens Windmühle, bei der es sich gleichfalls um eine Täuschung der Tiefenwahrnehmung handelt, indem man vorderes und hinteres Flügelende verwechselt. Er zeigt dies an einem schräg betrachteten horizontalen Drahtstäbchen, dessen Enden in auffälliger Weise markiert sind und welches, wie die Windmühle, in einer dem Dämmerlichte analogen Beleuchtung betrachtet wird. Auch hier tritt, wenn man sich einmal für eine Ansicht betreffs der Stellung des Stäbchens entschieden hat, Inversion ein, sobald man einen seitlichen Punkt fixiert.

Wenn man bei einer Gesichtswahrnehmung, welche eine doppelte Deutung zuläßt, die eine dieser Deutungen festhält, mag sie richtig sein oder falsch, und dann eine Änderung in der Deutlichkeit der Netzhautbilder eintreten läßt, so kommt sogleich die andere Deutung zur Geltung. Wenn man bei der Möglichkeit zweier Deutungen das „Eine“ zu sehen vermeint, und läßt irgend eine Änderung im Sehen eintreten, so sieht man das „Andere“.

Die nun folgende Diskussion, an der sich die Herren Meller, Salzmann, Sachs und der Vortragende beteiligten, ließ der Vermutung Raum, daß das Wesen des Vortrages nicht ganz richtig aufgefaßt wurde, doch wurde schließlich eine Verständigung in dem Sinne erzielt, daß die Erscheinung der Umkehrung in der Tat zwangsweise erfolgt und von der Änderung der Deutlichkeit des Netzhautbildes abhängt.

V. Literatur.

Der Tripper. Laienverständlich dargestellt. Von Dr. Orlowski. (A. Stubers Verlag [Kurt Kabitzsch] in Würzburg. 1907. Preis 0·90 Mk.)

Verfasser hat sich die Aufgabe gestellt, in vorliegendem Schriftchen dem Laien Aufklärung über die Gonorrhoe zu geben. Das Schriftchen unterscheidet sich vorteilhaft von ähnlichen dadurch, daß es tatsächlich nur aufklärend wirken will und keinesfalls dem Leser therapeutisch an die Hand gehen will, um gleichsam demselben den Arzt zu ersparen. Das Werkchen erfüllt vollkommen den Zweck, den Laien über das Wesen und den Verlauf der Gonorrhoe zu belehren.

Die Syphilis. Laienverständlich dargestellt. Von Dr. Orlowski. (A. Stubers Verlag [Kurt Kabitzsch] Würzburg. 1907. 0·90 Mk.)

Ähnlich wie über Gonorrhoe stellt Verfasser die Syphilis laienverständlich dar und bringt alles dem Laien verständliche über Ätiologie und Therapie dieser Krankheit. Auch dieses Schriftchen dürfte seinen Zweck vollkommen erfüllen.

Aufruf zu einer Möbius-Stiftung.

Am 8. Januar dieses Jahres ist einer der bedeutendsten und beliebtesten Ärzte, Dr. Paul Julius Möbius zu Leipzig, mitten aus fruchtbarster wissenschaftlicher Arbeit und segensreichstem Wirken durch allzufrühen Tod seinen Freunden, Kollegen und Patienten entrissen worden. In bescheidener, anspruchsloser Zurückgezogenheit rastlos schaffend, hat er durch eine seltene Fülle origineller Werke und Schriften und durch zahlreiche wertvolle Anregungen nicht nur die medizinische Wissenschaft außerordentlich gefördert und ihr Gebiet erweitert, sondern auch viele neue Richtungen vorgezeichnet und erstrebenswerte Ziele gesteckt. Darum erscheint es ebenso Pflicht der Dankbarkeit wie Gebot der Wissenschaft, dafür zu sorgen, daß sein Geist in der Medizin und besonders in den von ihm gepflegten Fächern, der Nervenheilkunde und der Psychiatrie, noch recht lange lebendig fortwirke. Zu diesem Zwecke beabsichtigen die Unterzeichneten eine Möbius-Stiftung zu begründen, deren Zinsen in der Regel alljährlich als „Möbiuspreis für eine würdige und gediegene Arbeit*) aus einem der beiden genannten Fächer verwendet werden sollen. Alle, die Möbius gekannt haben, werden mit den Unterzeichneten der Überzeugung sein, daß diese Art, in der Nachwelt fortzuleben, dem Wunsche des Verewigten entsprochen haben würde. Anmeldungen bitten wir an den mitunterzeichneten Herrn Curt Reinhardt in Leipzig, Lessingstraße zu richten. Es wird bemerkt, daß es sich nur um einen einmaligen Beitrag handelt. Unter Bekanntgabe des Erfolges der Subskription und unter Mitteilung der von den Unterzeichneten getroffenen Organisation der Stiftung werden wir die Einsendung des Betrages seinerzeit selbst erbitten. Oberarzt Dr. Bresler, Lublinitz, Schlesien. Professor Dr. Edinger, Frankfurt a. M., Verlagsbuchhändler Walter C. Jäh, Halle a. S. Augenarzt Dr. Lamhofer, Leipzig. Obermedizinalrat Dr. Lehmann, Heilanstalt Dösen bei Leipzig. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Moeli, Herzberge bei Berlin. Curt Reinhart, Leipzig.

VI. Aus der Praxis.

Über die Behandlung der Erkrankungen des äußeren Ohres. Von Prof. Dr. Albert Denker. (Schluß.)

Eine weitere Form der Otitis externa stellt die durch Schimmelentwicklung im äußeren Gehörgang erzeugte Otomykosis dar. Die hauptsächlich durch pflanzliche Parasiten (Aspergillus, Eurotium, Mucorinem) — von tierischen Parasiten ist nur Acarus folliculorum beobachtet — bedingte Erkrankung pflegt sich besonders leicht dann zu entwickeln, wenn Öle oder Glyzerin ohne antiseptischen Zusatz in den Gehörgang geträufelt sind. Man heilt die, vielfach durch heftigen Juckreiz sich kennzeichnende Affektion, nach vorheriger Reinigung des Gehörgangs vermittels warmer Borsäurelösung, durch Eingießungen von 2%igem Salizylspiritus, die täglich zwei- bis dreimal für die Zeit von 10—15 Minuten vorgenommen werden. Nach achttägiger Behandlung ist die Heilung in der Regel eingetreten.

Als häufige Ursache für Schwerhörigkeit finden wir Sekretionsanomalien im äußeren Gehörgang. Wenn das mit Härchen und Epidermiszellen vermischte Sekret der Schweiß- und Talgdrüsen, das man als Cerumen bezeichnet, in vergrößerter Menge abgesondert und infolge räumlicher Verhältnisse an der natürlichen Herausbeförderung verhindert wird, so entstehen Ohrenschmalzansammlungen, die unter dem Namen Ceruminalpfröpfe bekannt sind. Das im knorpeligen Gehörgang gebildete Ohrenschmalz gelangt in die Tiefe, in den knöchernen Meatus nur durch unzweckmäßige Reini-

*) Es soll abwechselnd in einem Jahre eine auszuschreibende Arbeit prämiiert werden, die dann in der „Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift zu erscheinen hat, deren Mitherausgeber der Verewigte war, Im anderen Jahre die würdigste Zeitschriftenarbeit oder Monographie psychiatrischen oder neurologischen Inhalts, die während der beiden vorangegangenen Jahre bereits veröffentlicht war, ausgewählt und mit der Prämie ausgezeichnet werden.

gungsversuche, Hereingelangen von Wasser, Manipulationen mit dem Handtuchzipfel, Ohrlöffel, der Haarnadel usw. Da das Cerumen durch einen physiologischen Vorgang von selbst nach außen befördert wird, haben alle künstlichen Versuche, dasselbe zu entfernen, zu unterbleiben. Ist es zu einer Ansammlung und Verhärtung in der Tiefe gekommen, so geschieht die Entfernung des Pfropfes am einfachsten und sichersten durch Ausspritzung mit sterilem, warmem Wasser oder noch besser mit Borsäurelösung, da man nicht wissen kann, ob nicht eine Perforation im Trommelfell gleichzeitig vorliegt und die Mittelohrräume offenstehen. Beim Ausspritzen richtet man den Wasserstrahl unter Abziehen der Ohrmuschel nach hinten außen, entlang der hinteren oberen Gehörgangswand; gelingt es nach einigen Versuchen nicht, den Pfropf herauszubringen, so muß man ihn vorher erweichen, indem man 2—3 Tage täglich dreimal eine angewärmte Lösung von Kal. carbonic. 1·0:60·0 Aq. dest. teelöffelweise in das Ohr hineinschütten läßt: der Patient muß sich dabei auf das gesunde Ohr legen, die Flüssigkeit nach 10 Minuten langem Verbleiben wieder herauslaufen lassen und dann das Ohr mit Watte verschließen. Gelingt es auf diese Weise nicht, mit der Spritze den aufgeweichten Pfropf herauszubefördern, so handelt es sich in der Regel nicht um eine Anhäufung von Ohrenschmalz, sondern um Epidermispfröpfe, um das sogenannte Cholesteatom des Gehörgangs. Dasselbe entsteht durch vermehrte Bildung von Plattenepithel und Behinderung der natürlichen Herausbeförderung des letzteren. Bei der Entfernung der Epidermispfröpfe sind Versuche, diese durch wässerige Flüssigkeiten aufzuweichen, zu vermeiden, da letztere das Epithel aufquellen lassen. Nach Einträufelungen von Alkohol, die durch Wasserentziehung den Pfropf lockern, lassen sie sich unter Zuhilfenahme der Pinzette und Sonde bei Spiegelbeleuchtung mit dem Spritzenstrahl entfernen.

VIII. Notizen.

Universitätsnachricht. Dem außerordentlichen Professor der Augenheilkunde an der Prager deutschen Universität, Dr. Schenkl, ist der Titel und Charakter eines ordentlichen Professors verliehen worden. Wir beglückwünschen den verehrten Mann und freuen uns, daß man wenigstens in Prag besser behandelt wird, jedenfalls besser als in Wien, allwo — doch sollen mit der folgenden Bemerkung keineswegs die Verdienste Schenkls geschmälert werden — es mehr als einen verdienten Fachgenossen Schenkls gibt, jedoch ohne das Glück, gebührende Würdigung und Anerkennung zu finden.

Das 200jährige Jubiläum des Botanikers Karl v. Linné wird im Mai d. J. von der Universität Upsala und gleich darauf, am 25. Mai n. St., auch von der Akademie der Wissenschaften in Stockholm festlich begangen werden. Bevor Linné Professor in Upsala wurde, lebte er in Stockholm, wo er eine ausgedehnte ärztliche Praxis ausübte. In dieser Zeit gründete er im Verein mit fünf anderen Gelehrten die schwedische Akademie der Wissenschaften, deren erster Präsident er wurde. Die Akademie läßt eine goldene Linné-Medaille prägen, die für besonders hervorragende Verdienste im Gebiete der Naturwissenschaften verliehen werden soll.

* Anläßlich der 25. Wiederkehr des Jahrestages des Eintrittes Sr. Exzellenz Prof. v. Bergmann in den Lehrkörper der Berliner Universität hat Prof. Franz Skarbina ein Gemälde geschaffen, das den großen Chirurgen inmitten seiner Assistenten während einer Operation im Hörsale zeigt. Von diesem künstlerisch ausgeführten Bilde wurde für den Kunstverlag Richard Bong in Berlin eine Gravüre hergestellt, welche nach dem Urteil Sachverständiger als eine gelungene Kopie des Originals bezeichnet werden muß. Das genannte Kunstblatt wird nicht nur ein Schmuck für jedes Arztezimmer, sondern gewiß für viele auch eine willkommene Erinnerung an den nun verewigten Meister sein.

Die englischen Ärzte rüsten sich zu einem schweren Kampfe, der nichts mehr und nichts weniger bedeutet, als die endgültige Besiegung eines Stückes Mittelalter. England besitzt nämlich noch heute verschiedene Ärztekategorien, wie „Members“ und „Fellows“ des Chirurgenkollegiums; dabei ist der „Member“ in London ein höheres Wesen als jener in Edinburgh. Nach einer Ergänzungsprüfung kann er „Fellow“ werden. Die Universität verleiht die Titel „Bachelor“, „Doctor of Medicine“, „Master of Surgery“; außerdem verleiht noch die „Royal society of Apothecares“ langatmige Titel. Am merkwürdigsten ist, daß der an einer schottischen Universität Graduierte nicht dem in London Graduierten gleichwertig sein soll, trotzdem die Hochschulen und die Rigorosenordnungen gleich sind. Es herrscht demnach im modernen England eine ordentliche Titel- und Rangskonfusion unter den Ärzten, welche auch zur Zeit der Chirurgenschulen in Mitteleuropa nicht so selten und für den ganzen Stand beschämend war. Dazu kommt, daß der akademische Senat in letzter Zeit die Taxen für die medizinischen Rigorosen erhöht hat zum Schutze der akademischen Grade! Früher kostete ein Rigorosum fünf Pfund, jede Wiederholung ebenso viel, jetzt betragen diese Taxen je 20 Pfund. Es scheint demnach, daß die akademischen Grade nicht so sehr den Minderbegabten als den Minderbemittelten vorenthalten werden sollen. Nunmehr wollen die Ärzte in London und die medizinische Fakultät der Londoner Universität den ärztlichen Stand modern organisieren, wie dies in Mitteleuropa schon in den letzten hundert Jahren geschehen ist. Jeder Arzt soll M. D. (Doctor of Medizine) werden, und in diesem Titel sollen, wie in Deutschland, alle Spezialfächer enthalten sein. Vorläufig zögern die Ärzte, die Angelegenheit vor das Parlament zu bringen: es wird schließlich kein anderer Weg übrig bleiben, um all die phantastischen, dem Nicht-Engländer ganz unverständlichen Titel, wie M. R. C. S. (Member of the Royal College of Surgeons) oder F. R. C. S. oder L. R. C. P. oder L. S. A. usw. aus der Welt zu schaffen.

Zum XI. Internationalen Kongreß gegen den Alkoholismus, der vom 28. Juli bis 3. August d. Js. in Stockholm tagen wird, wurden die ersten Einladungen versandt. Das Ehrenpräsidium des Kongresses hat Prinz Gustav Adolf von Schweden übernommen. Als Hauptthemen der Vorträge bezw. Diskussionen sind in Aussicht genommen: Alkohol und Geistesstörungen, Alkohol und Rassendegeneration, Alkohol und Zurechnungsfähigkeit, Alkohol und Verbrechen, Alkohol und sexuelle Fragen, Alkohol und Medizin, Die Lehren der Geschichte in der Alkoholfrage, Die Aufgabe der Schule im Kampfe gegen den Alkoholismus, Alkohol und Militär, Presse und Alkohol, Alkohol, Abstinenz und Krankenkassen, Erfahrungen der Lebensversicherungsgesellschaften, Alkohol und Verkehrsvwesen, Der Alkohol auf dem Lande, Die Belastung der Gemeinde durch den Alkohol, Alkohol als Nahrungsmittel, Der Alkoholverbrauch in Amerika, Der Alkohol und die Naturvölker, Das Gothenburger System, Organisation der modernen schwedischen Abstinenzvereine. Für einige größere Volksversammlungen während des Kongresses sind folgende Themen geplant: Die Frau und der Kampf gegen den Alkoholismus, Jugend und Alkohol, Alkohol und künstlerisches Schaffen, Die Volksbildung im Kampf gegen den Alkoholismus, Alkohol und soziale Frage, Der Alkohol und die oberen Klassen der Gesellschaft. Anmeldungen zur Teilnahme an dem Kongreß, zu dem alle für das Studium der Alkoholfrage und die Bekämpfung des Alkohols sich interessierenden Korporationen, Vereinigungen und Persönlichkeiten eingeladen sind, sowie alle sonstigen Anmeldungen und Zuschriften sind zu richten an den Generalsekretär des Kongresses, Prof. Dr. Kurt Wallis, Stockholm, Tegnergatan 2.

Gesichtsanomalien und Automobilunfälle. Schon längst ist es als berechtigte Forderung anerkannt worden, daß Lokomotivführer über normale Augen verfügen müssen. Um der öffentlichen Sicherheit willen wird denn auch das Gesicht jedes Lokomotivführers geprüft, namentlich untersucht man, ob seine Farbenwahrnehmung eine normale ist, da im Signalwesen mannigfache Farben zur Verwendung kommen. Es ist nicht einzusehen, warum die Führer von Automobilen keiner Prüfung ihrer Augen unterzogen werden. Eine Reihe von Unfällen wird zweifellos dadurch verursacht, daß die Chauffeure die Distanzen falsch einschätzen. Clements berichtet im Britischen Medizinischen Journal, daß zahlreiche Automobilisten ihre Augen von ihm untersuchen ließen, nachdem ihnen kleinere Unfälle zugestoßen waren. Clements konnte in den meisten Fällen Fehler in den lichtbrechenden Medien feststellen, meistens handelte es sich um eine Übersichtigung des Auges. Wenn diese korrigiert worden war, verringerte sich die Zahl der Unfälle, die dem betreffenden Automobilisten zu begegnen pflegten.

Der Tennisellenbogen. Durch die Entwicklung des Sports kommt der Arzt heutzutage nicht selten in die Lage, Krankheitsbilder beurteilen und behandeln zu müssen, die in früheren Zeiten unbekannt waren oder doch nur in ganz vereinzelten Fällen zur Beobachtung gelangten. Während der Fußballspieler sich leicht einen Knöchelbruch zuzieht, ein Ringkämpfer die Schulter verrenkt, beschädigt sich der Tennisspieler leicht den Ellenbogen. Dr. Preiser hat, wie er in der Wochenschrift „Umschau“ (Frankfurt a. M.) mitteilt, beobachten können, daß es beim Abschlagen des Balles mit abgestreckten Arm, also wenn der Ball sich unter Schulterhöhe befindet, leicht zu Entzündungen der äußeren Ellenbogenkapsel kommt. An dieser Kapsel sind nämlich zwei Muskeln befestigt, die bei der Ausführung einer derartigen Bewegung oder Beugung des Unterarmes bei gleichzeitiger Drehung der um den Schläger gekrümmten Handfläche nach unten gespannt werden müssen, wobei sie in entgegengesetzter Richtung gezerrt werden. Hiedurch werden leicht Entzündungen veranlaßt, die chronisch werden können und von Schmerzen begleitet sind; namentlich ist die extreme Beugung und die extreme Streckung des Ellenbogens sehr schmerzhaft. Das Leiden ist meistens ein recht hartnäckiges und macht das Tennisspiel für längere Zeit unmöglich, gefährlich ist es aber nicht. Die Behandlung muß von einem Arzte in die Hand genommen werden, der zu entscheiden hat, ob warme Armbäder, Umschläge oder Massage in Anwendung kommen sollen. In Sportskreisen ist diese Erkrankung schon lange bekannt, über ihr Wesen und ihre Ent-

stehung aber waren die Ärzte sich nicht einig. Der Franzose Dr. Clade nahm eine Muskelzerreißung als Ursache an, während deutsche Forscher die Diagnose auf eine Knochenhautentzündung stellen zu müssen glaubten.

Ein Denkmal deutscher Arbeit in Österreich möchten wir das Büchlein nennen, das der Deutsche Schulverein in Wien soeben herausgegeben hat. In dreißig schönen Bildern werden uns die bedeutendsten Schöpfungen dieses größten nationalen Schutzvereines vorgeführt, deutsche Schulen und Kindergärten, welche der Deutsche Schulverein in den sprachlich gefährdetsten Orten, an den Sprachengrenzen in Böhmen, Mähren, Galizien, Steiermark, Kärnten, Krain, Tirol und dem Küstenlande, errichtet hat. Das Büchlein ist eine Chronik des Notstandes der Deutschen in Österreich, aber zugleich ein Denkmal deutscher Selbsthilfe, ein Zeugnis für die großzügige Arbeit des Deutschen Schulvereines. Wer sich über die nationalen Verhältnisse in Österreich unterrichten will, schöpft hier aus klarer Quelle. Der Deutsche Schulverein in Wien (1. Brzirk, Bräunerstraße 9) versendet das Büchleie postfrei gegen Einsendung des Preises von 1 Krone.

IX. Bibliographie.

Über den Diabetes Mellitus und seine Behandlung. Von Dr. med. G. Graul, Neuenahr, Würzburg. A. Stübers Verlag (C. Kabitzsch) 1907. Mk. 75.—.

Neue Erfahrungen über die therapeutische Wirksamkeit des Salipyrin.

Im echten Salipyrin finden sie Antipyrin, Salizylsäure im molekularen Verhältnisse zu einer wohldefinierten chemischen Verbindung — nicht mechanischen vereinigt. Hennig hat dies durch ein klares Experiment erwiesen. Er gab in einem Falle ein mechanisches Gemenge von Antipyrin und Salizylsäure, es blieb aber die ersehnte Wirkung aus, dafür trat ein schwerer Kollapszustand auf, der auf die große Dosis des freien Antipyrins zurückgeführt wurde. Andererseits kommt dem Salipyrin eine Reihe von Eigenschaften zu, welche sowohl Antipyrin als auch Salizylsäure für sich allein nicht besitzen, wozu noch kommt, daß dem Salipyrin die oft recht unangenehmen Nebenwirkungen seiner Komponenten gänzlich fehlen. Dr. Oskar Ried, Assistent der Allgemeinen Poliklinik in Wien, hat neuerlich das Salipyrin an zwei großen Gruppen von Krankheiten erprobt: 1. an einer Reihe von mehr oder minder akuten Gelenksrheumatismen und neuralgischen Affektationen, und 2. bei einer Influenzaepidemie.

Wiederholt führt Salipyrin, während die anderen Mitteln versagten, die Heilung herbei. Dr. Ried bezeichnet daher im Einklange mit anderen Autoren das Salipyrin als ein Spezifikum gegen Influenza; besonders wertvoll ist es bei den nervösen und kardialen Formen. Aber auch die rheumatischen Affektationen stellen ein ausgezeichnetes Wirkungsgebiet für dieses Mittel dar, so daß in zweifelhaften Fällen eine gute Wirkung des Salipyrins die Diagnose Rheumatismus stützt. (Österr. Ärztl. Zeitung, III. Jahrg. Nr. 21.)

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. **Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 23. Wien, 8. Juni 1907. **Nr. 23.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Kritische Studien zur Immunitätsfrage.

Von **Dr. Bergel,** Hohensalza.

(Fortsetzung.)

Es unterliegt wohl kaum einem Zweifel, daß bei den akuten Infektionskrankheiten die Vorgänge bei der Heilung und der aktiven Immunisierung sehr ähnliche, wenn nicht parallel laufende oder vielmehr kongruente Prozesse darstellen. Die Immunität gegen eine Infektionskrankheit kann natürlicherweise erst dann erreicht sein, wenn der Körper von der betreffenden Krankheit genesen ist. Beide Vorgänge gehen Hand in Hand. Dies erhellt u. a. auch daraus, daß diejenigen Gegengifte, welche bei gewissen Erkrankungen durch den Immunisierungsprozeß entstehen, die sogenannten Antitoxine, bei der Diphtherie z. B. direkt als Heilstoffe nach ausgebrochener Erkrankung mit Erfolg in Anwendung gezogen werden. Wenn nun die Ehrlichsche Theorie gleichzeitig eine verständliche Erklärung für den Heilungsvorgang einer Infektionskrankheit abgeben könnte, so müßten selbstverständlich die Antitoxine im Ehrlichschen Sinne auch als die wirksamen Heilpotenzen aufgefaßt werden können. Das kann aber nicht der Fall sein, wenn man als Heilmittel die abgestoßenen Rezeptoren der Zelle in Anspruch nimmt. Denn wenn man einem bereits an Diphtherie erkrankten Menschen Diphtherieantitoxin injiziert, so könnte damit wohl nach Ehrlich erzielt werden, daß die haptophoren Gruppen des Giftes, welche sich etwa mit den empfänglichen Zellatomkomplexen noch nicht verankert haben, von den im Blute nunmehr vorhandenen Seitenketten abgefangen werden und die neuen toxophoren Gruppen nicht mehr zur Giftwirkung gelangen lassen, aber es bleibt bei der Ehrlichschen Theorie immer noch die Hauptsache ungelöst, wie der Körper die bereits in Aktion getretenen toxophoren Gruppen derjenigen Toxinmoleküle unschädlich macht, welche bereits durch ihre haptophoren Komplexe mit den Zellteilen eine Bindung eingegangen sind. Da die Ehrlichschen Antitoxine die Heil- und Immunkörper darstellen sollen und sich ihre Bildung bei jeder auf Toxinwirkung beruhenden Infektionskrankheit, sofern sie überhaupt zur Genesung kommt, in gleicher Weise abspielt, so müßte in Konsequenz dieser Anschauung jede derartige Infektionskrankheit, wenn sie überhaupt zur Heilung gelangt, Immunität hinterlassen. Damit steht aber die bekannte Tatsache in Widerspruch, daß manche Erkrankungen keine Unempfänglichkeit zurücklassen, andere sogar nach einmal überstandener Krankheit zu gesteigerter Empfänglichkeit neigen, so z. B. der akute Gelenkrheumatismus, das Erysipel u. s. w.

Vergegenwärtigen wir uns noch einmal in aller Kürze das Zustandekommen und die ersten Stadien einer akuten Infektionskrankheit. Krankheitserreger gelangen in den Körper. Sie können als solche nur dann wirken, wenn sie, bezw. Teile von ihnen eine chemische Verwandtschaft mit Teilen des Körpergewebes besitzen. Besteht diese chemische Affinität nicht, so verhalten sie sich wie reizlose Fremdkörper. Doch genügt diese eine chemische Verankerung der beiderseitigen Atomgruppen nicht, um eine Giftwirkung hervorzurufen. Das beweisen u. a. auch die Toxoide, welche nur haptophore Gruppen haben und mit diesen an Atomenkomplexe des Körpergewebes gefesselt sind, ohne einen krankmachenden Einfluß auszuüben. Es muß in dem Toxin eine toxophore Gruppe angenommen werden, welche die eigentliche Giftwirkung auslöst. Diese kann aber auch nur dann eintreten, wenn eben die toxophore Gruppe zu dem Körpergewebsmolekülrest gleichfalls in chemische Beziehung treten kann, ein chemisches Verwandtschaftsverhältnis hat. Das Resultat dieser chemischen Beeinflussung kann für das Körpergewebe nicht das gleiche oder ein ähnliches sein, wie die Bindung einer haptophoren Toxingruppe mit dem Rezeptor der Zelle, sondern man muß sich das Verhältnis derart vorstellen, daß die beiden haptophoren Gruppen sich in ihren natürlichen, freien chemischen Valenzen sättigen, daß ein bei der Dissimilation des Zellmoleküls entstandener Defekt durch eine passende Atomgruppe des Toxins wie durch gewöhnliches Nährmaterial gedeckt wird, während die sogonannte toxophore Gruppe mit dem Zellmolekülrest infolge Umlagerung, Änderung oder Anlagerung der Atomgruppen eine neue, körperfremde Verbindung eingeht. Darin liegt das chemisch von dem Physiologischen abweichende, das krankhafte. Die haptophore Gruppe des Zellmoleküls kann sich nach abermaliger Dissimilation durch einen passenden Atomenkomplex wieder ergänzen, der Zellrest indessen unterliegt der chemischen Einwirkung der toxophoren Gruppe. Solange diese nur in einer ganz bestimmten chemischen Konstitution giftig wirkende, toxophore Atomgruppe in ihrem Gefüge nicht geändert wird, übt sie den gleichen chemischen Reiz auf die umgebenden Gewebselemente aus, es kann zu einer Regeneration, zu einer Ausheilung nicht kommen. Der Prozeß breitet sich immer weiter aus, immer mehr Körpergewebe wird in gleicher Weise

affiziert, bis die Krankheitserregerr an die Gefäßwände gelangen. Die Folge hievon ist eine chemische Einwirkung auch auf diese, die „Alteration der Gefäßwände“ und eine dadurch gesteigerte Auswanderung von Leukozyten sowie eine stärkere Exsudation von Serum, abgesehen von gewissen chemotaktischen Vorgängen usw.

Mit dem Beginne dieses Stadiums, in dem wir leicht den Beginn der Entzündung erkennen, tritt ein neuer Faktor in die Erscheinung und die Abwickelung der inneren Vorgänge wird durch neue Einflüsse in andere Bahnen gelenkt. Die Leukozyten sind, wie bereits betont, die einzigen Elemente im menschlichen Organismus, welche geformte Körper und hochkomplizierte, nicht unmittelbar assimilationsfähige und resorbierbare, körperfremde Substanzen durch fermentative Einwirkung teils in ihrem Zelleibe, teils durch Sekrete, welche auf einen Reiz hin abgesondert werden, teils auch durch solche, welche als Folge einer früheren physiologischen Tätigkeit schon fertig im Blutserum sich befinden, chemisch zu beeinflussen, umzuwandeln und zu verdauen vermögen. Damit ist natürlich keineswegs gesagt, daß nun die Leukozyten im Kampfe gegen die Krankheitserreger etwa immer die Sieger bleiben müssen, sondern wenn die chemische Einwirkung der Krankheitserreger eine stärkere ist, werden eben die Leukozyten unterliegen und zerfallen. Durch ihr Auftreten und die chemische Wirksamkeit ihrer enzymartigen Sekrete ist nur ein ähnlich geartetes Gegengewicht gegen den toxischen Einfluß der Krankheitserreger gegeben.

Die Leukozyten haben, je nach ihrer Herkunft, nach ihrer Bildungsstätte usw., auch eine verschiedene anatomische Beschaffenheit und verschiedene chemische Konstitution, die in neuester Zeit immer mehr zu differenzieren geglückt ist. Daß tatsächlich die im Körper befindlichen Leukozyten differenter Natur sind, verschiedene chemische Zusammensetzung haben, je nach dem Substrat, in dem sie sich bilden, erhellt schon aus dem Umstande, daß sie sich gewissen Farbstoffen gegenüber verschiedenartig verhalten. Neben den uns bekannten generellen, anatomischen und physiologisch-chemischen Unterschieden der einzelnen Leukozytenarten, — ein-, mehrkernigen, großen, kleinen, eosinophilen, basophilen, neutrophilen, den Übergangsformen usw. gibt es, wie die neuesten Untersuchungen gezeigt haben, noch verschiedene andere Abweichungen in ihrem anatomischen Bau und ihrer chemischen Konstitution, die wir nur infolge unserer jetzigen unzulänglichen Färbemethoden und unzureichenden chemischen Analysen nicht immer scharf zu unterscheiden vermögen. Abgesehen von diesen Artdifferenzen, welche an sich schon eine Verschiedenheit der Atomenzusammensetzung im Molekül bedingen, werden verschiedene Tiergattungen, ja vielleicht verschiedene Organismen derselben Tierspezies in gewisser Weise von einander abweichende chemische Varietäten aufweisen. Es liegt natürlich die Annahme sehr nahe, daß die verschiedene chemische Zusammensetzung der Leukozyten erstens eine verschiedene chemische Affinität zu anderen Substanzen und zweitens eine gewisse Differenz in ihren Absonderungsprodukten bedingt, die ihrerseits wiederum eine verschiedenartige Einwirkung ausüben. Die Verschiedenartigkeit der chemischen Zusammensetzung der Leukozyten und die differente chemische Beschaffenheit ihrer Sekretionsprodukte bedingen also ihrerseits voneinander verschiedene physiologische Funktionen. In dieser Beziehung werden z. B. die weißen Blutkörperchen des Knochenmarks von denen der Lymphdrüsen, und diese wieder von denen der Milz usw., wie das ja auch zum Teil erwiesen ist, in gewisser Weise abweichen und infolgedessen zu den Krankheitserregern verschiedenartige Beziehungen haben.

Die nächste Folgerung dieser auf Tatsachen begründeten Voraussetzung ist, daß die Leukozyten und ihre fermentartigen Absonderungen, welch letztere mit den Alexinen Buchners identisch sind, nicht wie dieser Forscher es will, in einer Einheit, sondern in einer Vielheit vorhanden sind, die je nach ihrem chemischen Bau eine spezifische chemische Affinität und Einwirkung auf die Krankheitserreger haben, und daß es auch nicht bloß, wie Metschnikoff will, zwei Zytasen gibt, sondern, daß die in mehr als zwei verschiedenen

---

Feuilleton.

Der Wiener Spitalskrieg.

(Schluß.)

Mit dem Erlaß vom 12. d. M. hat die Statthalterei unter Hinweis auf das vermehrte Auftreten von Scharlach den Wiener Magistrat auf seine gesetzliche Verpflichtung aufmerksam gemacht, für solche Kranke, insoweit sie in den Wiener Krankenanstalten nicht mehr untergebracht werden können, Vorsorge zu treffen. Die Bezirkspolizeikommissariate, welche die Vermittlung der Aufnahme Spitalsbedürftiger durch Sicherstellung des Bettes in einer Krankenanstalt zu besorgen pflegen, wurden angewiesen, in jenen Fällen, in welchen eine Unterbringung infolge Platzmangels untunlich ist, hievon sofort dem Wiener Magistrat Kenntnis zu geben und ihn in den Stand zu setzen, die ihm obliegende entsprechende Vorsorge treffen zu können.

Naturgemäß handelt es sich hiebei nicht — wie ganz irrig behauptet wurde — um eine Überstellung der Kranken selbst an den Wiener Magistrat, sondern lediglich um eine schriftliche oder telephonische Mitteilung des bezüglichen Falles, zumal nach der ausdrücklichen Weisung des vorerwähnten Statthaltereierlasses vom 12. April l. J. ein unnützes Umhersenden beziehungsweise Transportieren des Kranken zu vermeiden ist. In einer vor wenigen Tagen mit einem Vertreter des Wiener Magistrats stattgehabten Beratung wurde der Gemeinde Wien die werktätige Mithilfe des Krankenanstaltenfonds zum vorübergehenden Betriebe eines der bestehenden kommunalen Epidemiespitäler für den Fall in Aussicht gestellt, daß die Gemeinde Wien sich bereit erkläre, die hiedurch dem Krankenanstaltenfonds erwachsenden Mehrkosten zu ersetzen.

Eine Antwort hierüber ist bisher dem Wiener Krankenanstaltenfonds nicht zugekommen.

Die ganze Angelegenheit wuchs zu einem öffentlichen Skandal aus. In den Tagesblättern wütete der Streit weiter. So schreibt Hofrat v. Hock über „Gemeinde und Spitalsnot in Wien“:

Die Solidarität der Menschen hat in unserer Gesetzgebung wenigstens in dem einen Punkte grundsätzliche Anerkennung gefunden: Jeder hat einen Rechtsanspruch auf Fürsorge in der Not, ein Recht auf Erhaltung, wenn seine eigenen Kräfte versagen. In unserem Heimatsgesetze vom 3. Dezember 1863 wird der Gemeinde — und nicht dem Staate — mit einwandfreier Deutlichkeit die Pflicht auferlegt, jedem ihrer in Not geratenen Angehörigen und — im Falle augenblicklichen Bedürfnisses — vorschußweise auch jedem Fremden in der Gemeinde das zum Lebensunterhalte Unerläßliche zu gewähren, im Falle der Erkrankung insbesondere auch Pflege und ärztliche Hilfe. Und im Reichsgesetze vom 30. April 1870, mit dem die Organisation des Sanitätsdienstes geregelt wurde, wurde im gleichen Sinne die Gemeinde — nicht der Staat — verpflichtet, dafür zu sorgen, daß jedem Erkrankten jederzeit ärztliche Hilfe erreichbar sei. Auch die Gesetzgebung der anderen Kulturstaaten hat überall die Gemeinde, die nächste, örtlich organisierte Gemeinschaft, mit den gleichen Aufgaben betraut. Gerade die volkswirtschaftlich höher entwickelten Gemeinwesen haben alle Ursache, mit dieser den natürlichen Verhältnissen und der Entwicklung entsprechenden Ordnung der Dinge auch vom Standpunkte ihres Haushaltes aus zufrieden zu sein, sonst würden sie ja in einem größeren Verbande mit ihren reicheren Mitteln auch für die Bedürfnisse der Zurückgebliebenen, der Ärmeren mit aufzukommen haben.

Man sollte meinen, diese Gesetzesbestimmungen seien so klar, daß keine Gemeinde daran zweifeln könnte, sie müsse auch die Ärzte bestellen, auch die sonst notwendigen Einrichtungen schaffen, damit sie ihrer Pflicht entsprechend und



Arten vorhandenen Leukozyten je nach ihrer Spezifität verschiedenartige Fermente absondern, daß also diese Stoffe in einer Mehrheit vorhanden sind. Sofern man unter Alexin ein gleichartig und gleichmäßig, überall und in jedem Falle wirkendes präformiertes Schutzmittel gegen die verschiedenartigsten infektiösen oder toxischen Erkrankungen versteht, sofern man damit eine Substanz von stets gleicher chemischer Beschaffenheit meint, welche auf Krankheitserreger verschiedenster chemischer Konstitution einzuwirken imstande ist, so entspricht diese Annahme den allgemeinen theoretischen Vorstellungen und tatsächlichen Verhältnissen. Es kann nur verschiedene spezifische Alexine geben, welche je nach ihrer chemischen Struktur zu spezifischen Krankheitserregern Affinitäten besitzen und dadurch auf sie überhaupt einwirken können. Diese Alexine werden repräsentiert durch die fermentartigen Sekretionsprodukte der verschiedenen Leukozytenarten, welche bei ihrem Kreislaufe durch den Körper gerade auf diejenigen Krankheitserreger einwirken, zu denen sie eine jeweilige chemische Verwandtschaft besitzen. Das Antitoxin ist also weder die abgestoßene haptophore Gruppe der befallenen Körperzelle, noch ist es so allgemein ausgedrückt, daß Alexin im Buchnerschen, noch die Mikrokytase im Metschnikoffschen Sinne. Die chemisch wirksame Substanz der Leukozyten, sei es, daß sie sich in dem Zelleibe befindet oder bereits in das Serum sich ergossen hat, ist stets nur gegen die zu ihnen chemisch passenden Atomgruppen gerichtet. Ebenso wie die Sekrete der Mund- oder Bauchspeicheldrüsen, des Magens, des Darmes oder der Leber sich bei der Verdauung der aufgenommenen Nahrung nur gegen diejenigen Gruppen wenden und sie in ihrer chemischen Konstitution umzuändern, zu verdauen vermögen, zu welchen sie in chemische Beziehung treten können, und anders zusammengesetzte Stoffe nicht beeinflussen, ebenso verhält es sich mit den sezernierungsfähigen, fermenthaltigen Leukozyten.

Ähnliche Verhältnisse, die wahrscheinlich auf denselben Prinzipien beruhen, beobachten wir ja bei der Entgiftung mancher Toxine und Bakterien durch die Verdauungsfermente. Je nach der verschiedenen Affinität zu einander wirken bestimmte Verdauungssekrete nur auf bestimmte Gifte ein, indem sie das Gift in eine weniger schädliche und unschädliche Substanz transformieren. Andere Gifte hingegen, zu denen die Verdauungssekrete keine chemischen Beziehungen haben, passieren unverändert Magen und Darm und können infolgedessen die spezifische Krankheit erregen.

Analoge Vorgänge werden wir bei der Einwirkung der verschiedenen Leukozytensekrete auf die verschiedenen Toxine annehmen müssen. Nur solche Leukozytensekrete und Krankheitserreger werden sich beeinflussen und in Aktion miteinander treten können, welche bestimmte chemische Affinitäten zueinander haben. Erst dann wird die fermentative Einwirkung der Leukozytensekrete zur Geltung kommen können und infolge der gegenseitigen Bindung, infolge gewisser Änderungen in der Atomenzusammensetzung oder -Gruppierung des Giftmoleküls wird dieses in eine weniger giftige und ungiftige Substanz umgewandelt, wird die toxophore Gruppe des Toxins weniger wirksam und unwirksam, wird das Toxin zu einem Toxoid. Erst nach der Umwandlung dieser toxophoren Gruppe in die ungiftige hört ihre Reizwirkung auf, und erst dann kann die Regeneration des befallenen Zellmoleküls und somit die Heilung eintreten.

Nun sind nicht alle die verschiedenartigen, gegen die verschiedenen Krankheitserreger gerichteten und abgestimmten Leukozyten und deren Sekrete im Körper stets und in gleicher Menge von vornherein vorhanden. Manche bilden oder vermehren sich erst in ausreichender Weise, können erst dann wirksam in Aktion treten, wenn auf einem spezifischen Reiz hin, den z. B. bestimmte Krankheitserreger durch ihre chemische Beschaffenheit ausüben, die Sekretion von seiten der entsprechenden Leukozytenart angeregt und gefördert wird. Auch hiebei werden wir Ähnlichkeiten mit dem physiologischen Verhalten der Verdauungsdrüsen herausfinden, die auf bestimmte Reize hin ihre Sekretion steigern. Durch solche Maßnahmen ferner, welche einen erhöhten Stoffwechsel im Innern des Körpers anregen, welche drüsenähnliche,

---

wirklich allen jenen Kranken, die selbst Pflege und ärztlichen Beistand sich nicht verschaffen können, diese Pflege und die Hilfe des Arztes auch gewähren kann, daß sie also bei dem heutigen Stande der Krankenpflege insbesondere auch Krankenanstalten errichten müsse, soweit solche nicht schon in ausreichendem Maße vorhanden sind. Und doch sehen wir in Wien die Machthaber der Gemeinde seit Jahren auf dem Standpunkte beharren, daß sie in dieser Beziehung keine Verantwortung treffe. Nicht die Gemeinde, nein, der Staat soll die Spitäler errichten! Täglich macht sich die Unzulänglichkeit der vorhandenen Einrichtungen empfindlicher geltend. Immer häufiger werden in Wien die Fälle, daß Kranke, ja Sterbende von Spital zu Spital ziehen und nirgends Aufnahme finden.

Als Kaiser Josef II. die Vermögenschaften mehrerer alter Stiftungen vereinigte und diesem „Fonds“ große Zuflüsse sicherte, um daraus ein allgemeines, für alle Kranken, einheimische und fremde, offenstehendes Krankenhaus zu errichten, als später Regierung und Gesetzgebung zusammenwirkten, um diesen Fonds zu vergrößern, ihm neue Einnahmen zuzuführen und daraus neue Krankenanstalten zu errichten, zu übernehmen, auszubauen und einzurichten, lag wohl der Gedanke außer jedem Bereiche, daß gerade der Bestand dieses Fonds, des „Wiener k. k. Krankenanstaltenfonds“ und der daraus erhaltenen öffentlichen Krankenanstalten einmal einem anderen, der Gemeinde, den Anlaß zu der Weigerung abgeben könnte, ihrerseits auf demselben Gebiete das zu leisten, wozu das Gesetz sie bindet! Schon vordem hat die Regierung versucht, die Gemeinde zur Abhilfe zu bestimmen. Sie hatte damals die Gemeinde zu einer Fürsorge für Irre aufgefordert, die in den bestehenden Irrenanstalten keine Aufnahme finden konnten. Rein juristische, der Begründung der angefochtenen Entscheidung folgende Erwägungen haben damals im Jahre 1878 den Verwaltungsgerichtshof bestimmt, auszusprechen, die Gemeinde habe nur die Pflicht, für die Pflege armer Kranker und für die Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe zu sorgen, der Regierung komme aber nicht zu, ihr vorzuschreiben, in welcher Weise, ob gerade durch Errichtung von Krankenhäusern oder sonstwie sie diese Pflicht zu erfüllen habe, und daß sie in dieser Richtung auch für Irre vorsorgen müsse, die nicht eigentlich arm seien. Außer Frage steht aber, daß in keinem Gesetze auch nur der geringste Anhaltspunkt für eine derartige Verpflichtung des Staates, insbesondere für seine Pflicht, Spitäler zu errichten, zu finden ist.

Die Männer, die sich christlich und gleichzeitig auch sozial nennen, scheinen einig darin zu sein, daß die Gemeinde ihren kranken Bürgern und Gästen keine Stätte schaffen solle, die sie aufsuchen könnten, um die Gesundheit oder auch nur zum Sterben zu finden! Bereitwillig sehen wir die Gemeindevertreter vorschußweise auf Rechnung der künftigen Pfarrgemeinden, deren Bildung das Gesetz zwar vorgeschrieben, aber nicht geregelt hat, oder unter der Devise einer Huldigung vor dem Monarchen, ihren Gönnern reiche Mittel der Gemeinde zum Bau von Kirchen zur Verfügung stellen; unausgesetzt fließen Gemeindegelder in die Kassen jener ungezählten Anstalten und Vereine ausgesprochen konfessioneller Tendenz, von denen einige auch eine charitative Tätigkeit entfalten — für Spitäler aber hat die Gemeinde Wien kein Geld!

Von ärztlicher Seite wird die Situation dahin beleuchtet:

Die Klagen über die Spitalsnot in Wien sind nicht neu, kamen aber in keinem Jahre so zum Ausdruck, wie gerade heuer. Das hat seinen Grund darin, daß wir heuer einen so schlechten Winter hatten und ein nicht viel besseres Frühjahr haben, was die armen Kranken, speziell aber die Lungenkranken sehr hernimmt. Wer die Spitalsverhältnisse

sezernierende Zellen in ihrer Sekretionsfähigkeit günstig beeinflussen, werden auch die Leukozyten zu erhöhter Produktion ihrer fermentartigen Absonderungen angeregt. Auf diese Weise erklärt es sich auch, daß man durch Pilokarpin eine vermehrte Antitoxinbildung, eine gesteigerte Sekretion von seiten der Leukozyten hervorruft.

Bei weitem komplizierter, wenn auch prinzipiell in vieler Beziehung sehr ähnlich wie bei den Antitoxinen liegen die Verhältnisse bei den Bakteriolysinen. Hier kommt es darauf an, die Bakterien selbst zu zerstören und das in ihrem Zellleibe befindliche Gift unwirksam zu machen, und dabei hat es sich herausgestellt, soweit unsere Versuche und Beobachtungen reichen, daß es einem einzigen fermentartig wirkenden Körper innerhalb des Organismus nicht gelingt, diese Entgiftung zu bewerkstelligen. Die meisten Forscher sind sich darin einig, daß zwei verschiedene Körper vorhanden sein müssen, um die Bakterien gänzlich aufzulösen und ihre Giftwirkung zerstören zu können. Die eine bei der Immunisierung sich bildende Substanz soll vermöge ihrer eigenartigen Atomgruppierung die im Körper befindliche, welche für sich allein die Bakterien nicht anzugreifen vermag, erst befähigen, den Krankheitserregern gegenüber ihre zerstörende Wirkung auszuüben. Von Ehrlich wird die letztere Substanz, die für sich allein den Bakterien gegenüber unwirksam ist, sie nicht zu binden vermag, Komplement genannt, die erstere als Immunkörper oder Ambozeptor bezeichnet, und zwar aus dem Grunde, weil die eine haptophore Gruppe desselben sich mit den Bakterien und die andere mit einer Atomgruppe des Komplements verbindet. Erst durch diese Bindung sollen die Krankheitserreger in den Wirkungsbereich des Komplements gelangen und zerstört werden. (Schluß folgt.)

Die chirurgische und die interne Behandlung der Appendizitis.

Von **Dr. J. Franke.**

(Schluß.)

Die Frage, ob man bei der Abszeßinzision im intermediären Stadium den Wurmfortsatz entfernen soll oder nicht, wird verschieden beantwortet. Ich selbst halte es für sicherer, den Appendix nur dann zu resezieren, wenn er rasch und leicht gefunden wird. Steckt er in der Abszeßwand, ist er fest mit derselben oder mit der Umgebung verlötet, dann bringt die Entfernung durch Eröffnung der freien Bauchhöhle mehr Gefahr als das Belassen desselben. Es empfiehlt sich in solchen Fällen, das Organ sekundär zu entfernen, wenn nicht eine Abstoßung desselben (Abgang mit dem Eiter) stattgefunden hat.

Mit dem siebenten Tag der Erkrankung beginnt das Spätstadium, zu dessen Indikationen ich nun übergehe. Findet sich ein umschriebenes eiteriges Exsudat, so muß sofort inzidiert werden. Sind Zeichen eines spontanen Rückganges des Exsudats vorhanden, so kann man, wenn das Allgemeinbefinden ungestört ist, unter steter Beobachtung von der Operation zunächst absehen, letztere eventuell auf das freie Intervall verschieben. Bei einer diffusen Peritonitis ist die Operationschance in der zweiten Woche meist so schlecht, daß es besser ist, den Eingriff abzulehnen.

Die Intervalloperation, d. h. die Entfernung des kranken Wurmfortsatzes nach Ablauf des akuten Anfalls bei voller Gesundheit des Trägers, hat sich schon in den 90er Jahren das Bürgerrecht erworben, insofern sie durch einen nahezu ungefährlichen Eingriff (Mortalität 0·5—1 %) den Patienten vor neuen Gefahren bewahrt, ihm die Sicherheit vollständiger dauernder Heilung gibt. Mit der Zunahme der Frühoperationen wird die Intervalloperation in Zukunft natürlich eine stete Abnahme zu verzeichnen haben. Die Indikationen zur Intervalloperation möchte ich folgendermaßen formulieren:

1. Nach einem Anfall von Appendizitis empfiehlt sich die Operation, wenn dauernde Beschwerden zurückgeblieben sind.

2. Nach einem mittelschweren oder schweren Anfall ist die Operation geboten, auch wenn keine Beschwerden mehr bestehen, es sei denn, daß eine Abstoßung des gangränösen Wurms bei der Abszeßinzision sicher nachgewiesen war.

3. Nach einem leichten Anfall ist beim Fehlen irgendwelcher Beschwerden die Indikation zur Entfernung des Appendix eine relative: sie ist beeinflußt vom Alter des

---

so genau kennt, wie der Schreiber dieser Zeilen, wird darüber nicht erstaunt sein. Mehr als ein Drittel aller Wiener Spitalsbetten werden von Tuberkulösen eingenommen, die dieselben wochen-, oft auch monatelang in Anspruch nehmen. Könnte man die Lungenkranken Wiens anderswo unterbringen als in den bestehenden Spitälern — die Spitalsnot wäre mit einem Schlage zu Ende. Mehr als zweitausend Betten wären durch die Eliminierung der Tuberkulösen aus den Spitälern für andere Kranke frei und, was noch mehr heißen will, die Wiener Spitäler wären frei von Tuberkulösen. Was soll man aber, wird wohl der Leser fragen, mit den Tuberkulösen anfangen? Das ist sehr einfach. An der Peripherie von Wien, im Wienerwald oder im Anschlusse an das Franz Josefspital in der Triesterstraße, wären Baracken zu errichten mit Liegehallen und allen modernen Kultureinrichtungen für Lungenkranke. Speziell im Sommer würden diese Baracken gewiß den Kranken mehr Nutzen bringen als die dumpfen Krankenzimmer der in der Stadt gelegenen Spitäler. Aber auch für die Gesundheit der Stadt wäre es von Vorteil, wenn die Tuberkulösen außerhalb Wiens untergebracht würden.

Endlich erweichten Statthalterei und Gemeinde ihren harten Sinn; sie schlossen zwar noch nicht Frieden, aber einen Waffenstillstand.

Der Spitalsnot wird vorläufig und für den Moment abgeholfen — das ist das Ergebnis einer Konferenz, welche vor kurzem in der Statthalterei stattfand.

Der Stadtrat hatte sich in einer stattgehabten Sitzung eingehend mit dem bekannten Erlasse der Statthalterei und den sich daraus ergebenden Konsequenzen beschäftigt und den Beschluß gefaßt, das Gemeinderatspräsidium möge bei der Statthalterei Schritte einleiten, um den unhaltbaren und für das sanitäre Wohl der Bevölkerung gefahrdrohenden Zuständen ein Ende zu machen. Infolgedessen begaben sich vor kurzem der erste Vizebürgermeister Dr. Neumayer und Magistratsdirektor Dr. Weiskirchner zum Statthalter Grafen Kielmansegg, um mit diesem über die wenigstens vorläufige Beilegung der bestehenden Differenzen und über die zur Verhütung des Umsichgreifens der Scharlacherkrankungen zu ergreifenden Maßnahmen zu konferieren. Wir sind stets dafür eingetreten und haben wiederholt die Notwendigkeit betont, daß vorerst für die Unterbringung der Kranken, die wegen der Überfüllung der Spitäler dort nicht Aufnahme finden können, namentlich aber der infektiös Erkrankten, gesorgt werden müsse, und daß der Streit darüber, wer für die Kosten aufzukommen habe, in zweite Linie zu stellen sei. Es war zu erwarten, daß dieser vernünftige Standpunkt sich auch bei der in Rede stehenden Aussprache durchringen mußte, zumal die Gemeinde schon einen halben Schritt entgegengekommen war, indem sie in ihrem Epidemiespital in der Engerthstraße im II. Bezirke Betten bereitstellen ließ zur Aufnahme von Scharlachkranken, allerdings unter der Voraussetzung, daß der Krankenanstaltenfonds für ärztliche Pflege und Unterhalt zu sorgen habe. Eine wenigstens vorläufige Vereinbarung in dieser Frage war umso notwendiger, als täglich neue Scharlacherkrankungen vorkommen, die Erkrankten nicht in den Spitälern untergebracht werden konnten und der Gemeinde überwiesen wurden.

Das Ergebnis der Konferenz in der Statthalterei ist nun, kurz zusammengefaßt, folgendes: Unter Wahrung der beiderseitigen Rechtsstandpunkte wurde eine Lösung der Frage dahin angebahnt, daß ein oder mehrere kommunale Spitäler mit Hilfe des Krankenanstaltenfonds in Betrieb gesetzt werden sollen. Mit der Durchführung dieser Maßnahmen werden sich zunächst die Fachreferenten zu befassen haben.



Patienten, vom Beruf, von sonstigen Verhältnissen. Bei Kindern, die sich schwer beaufsichtigen und schwer von Schädlichkeiten fern halten lassen, bei Erwachsenen, die im Beruf körperlichen Strapazen ausgesetzt sind (Offiziere, Sportsleute usw.), bei Leuten, die große Reisen, besonders Schiffsreisen, unternehmen wollen, bei denen die eventuelle Hilfeleistung eine unsichere ist, rate ich zur Operation. Ist der Patient dauernd an der Quelle chirurgischer Hilfe (also in größeren Städten), handelt es sich um ältere Leute, bei denen dem Eingriff sonstige Bedenken (Bronchitis, Herzaffektionen, Fettleibigkeit entgegenstehen, so kann von der Operation abgesehen werden. Tritt in solchen Fällen eine zweite Appendizitis auf, so empfiehlt sich sofortige Frühoperation, zumal die Diagnose gesichert ist.

4. Nach zwei oder mehr leichten Anfällen ist die Operation indiziert, wenn nicht hohes Alter oder organische Erkrankungen eine Gegenanzeige bilden.

Was den Zeitpunkt für die Ausführung der Intervalloperation betrifft, so besteht Übereinstimmung darin, daß man bis zum völligen Ablauf der akuten Entzündung, d. h. vier bis sechs Wochen, eventuell noch länger, warten soll, um nicht mit Entzündungsresten, die nicht infektiös sein können, in Berührung zu kommen.

Die letzte Indikation der Wurmfortsatzresektion betrifft Fälle von rein chronischer Entzündung des Appendix, die mit Magen- und Darmstörungen, Leibschmerzen, irradiierenden Schmerzen einhergehen und deren Erkennung meist eine längere klinische Beobachtung voraussetzt. Bei relativer Gefahrlosigkeit gibt der Eingriff oft glänzende Erfolge.

In kurzer Zusammenfassung meiner Ausführungen über die Indikationen der Appendizitisoperation komme ich zu folgenden Schlußsätzen, die ich den Pfisterschen Thesen gegenüberstellen will:

1. Bei jedem, auch dem anscheinend leichtesten Fall von akuter Appendizitis ist mit der Notwendigkeit sofortiger Operation zu rechnen.

2. Die Hauptaufgabe des praktischen Arztes ist daher zunächst nicht so sehr die sogenannte Behandlung des Anfalls, als vielmehr die Feststellung des Charakters der Entzündung zum Zweck der dringend nötigen frühen Indikationsstellung.

3. Diese wichtigste Entscheidung basiert auf exakter klinischer Beobachtung des Falles; daher ist jede Verschleierung des Krankheitsbildes bedenklich, und aus diesem Grunde ist die systematische Verabreichung des Opiums, zumal in großen Dosen zu widerraten.

4. Fälle, die sich als leichte charakterisieren, können unter steter Beobachtung ihres Ablaufs der spontanen Heilung überlassen werden.

5. Fälle, die sich von Anfang an, oder am zweiten und eventuell noch am dritten Tage als dubiöse oder schwere erweisen, sollen sobald als möglich, der Frühoperation unterzogen werden.

6. Die interne Behandlung eines schweren Anfalls (Appendicitis perforativa) ist ein Hazardspiel, bei dem die Gewinnchance zwar keine direkt ungünstige, der Einsatz — ein Menschenleben — aber zu kostbar ist.

7. Nach spontanem Ablauf eines Appendizitisanfalls muß die Intervalloperation in Betracht gezogen werden. Dieselbe ist indiziert:

a) nach einem schweren Anfall absolut,
b) nach einem leichten Anfall relativ,
c) nach zwei oder mehr leichten Anfällen absolut,
d) nach zurückbleibenden chronischen Beschwerden.

8. Bei der rein chronischen Appendizitis ist die Exstirpation des Wurmfortsatzes die sicherste und am raschesten zum Ziele führende Heilmethode.

Ihm erwiderte zuerst Fischler. Eine Methode, wie die Opiumbehandlung, die jahrzehntelang bei der Behandlung von Appendizitisfällen der Heidelberger inneren Klinik sich bewährt hat, doch nicht so vollständig verfehlt sein könne, wie Jordan dies behauptete. Da man nie ganz sicher weiß, ob ein Fall von Appendizitis sich nicht doch zu einem schweren entwickelt, d. h. zur Perforation des Wurmfortsatzes führt, so gilt es von vornherein, die Mittel darauf zu konzentrieren, diese dringendste Gefahr herabzumindern, d. h. die normale Reaktion des Körpers dagegen zu unterstützen, die Schutztendenzen, die in den Verklebungen der Peritonealblätter bestehen, zu fördern; dazu gehört eine Herabsetzung der Peristaltik. Neben streng durchgeführter Bettruhe, Reduzierung der Nahrung auf ein sehr geringes Maß, ist das Opium das hervorragendste und unstreitig beste Mittel zur Ruhigstellung des Darmes. Auch durch die Linderung der Schmerzen, die die gesteigerte Peristaltik zu begleiten pflegen, wirkt es in diesem Sinne. Mit kleinen Dosen Opium kommt man nicht aus, es müssen größere Dosen sein, die bei stärkeren Reizerscheinungen unbedenklich noch gesteigert werden können. Neben dem Opium ist die Verwendung des Eisbeutels zur Bekämpfung des Schmerzes, der kongestiven Hypermanie und des eventuell auftretenden Meteorismus eine weitere Hauptforderung. Warme oder gar heiße Applikationen sind als gegenteilig wirkend zu verwerfen. Durch die Anwendung des Opiums wird dem damit vertrauten Arzt das Krankheitsbild keineswegs verschleiert, und die Erscheinungen, welche zu einem operativen Eingriffe mahnen, sind bei dieser Behandlung ebenso sicher vorhanden, wie bei irgend einer sogenannten eppektativen Behandlung. Die Resultate sind aber unter der Behandlung von Opium und Eis hervorragend günstig. Da auch die Chirurgen nicht in allen Fällen angeben können, ob und wann die Appendizitis operiert werden soll, so ist es nötig, die Therapie so zu leiten, daß der Gefahr einer etwaigen Perforation von vornherein begegnet wird. Aus diesen Erwägungen hauptsächlich entspringt die Therapie mit Opium und Eis und ihre Verurteilung durch Jordan sei verfehlt. Daß Fälle von Perforation vor das Forum des Chirurgen gehören, sei selbstverständlich.

Auch Pfister selbst nahm das Wort. Er glaubt, das Verdienst der Chirurgen an dem Fortschritte der Appendizitisbehandlung genügend gewürdigt zu haben. Bei näherer Untersuchung ergebe sich, daß der Standpunkt der internen Klinik und der der chirurgischen, abgesehen von der Opiumtherapie, bezüglich der Indikationsstellung zur Operation nicht sehr different seien. Auch die chirurgische Klinik ist kein Anhänger der unbedingten Frühoperation und mancher Appendizitiskranker verläßt unoperiert die chirurgische Klinik. Was die Opiumbehandlung betrifft, so läßt sich natürlich nicht beweisen, daß die Fälle nicht auch ohne Opium geheilt wären; Pfister kann nur nach seinen Beobachtungen sagen, daß sie durchaus günstig wirke; schädliche Folgen sah er nie. Auch andere Beobachter sahen vom Opium günstige Resultate, so gibt Kleinwächter aus der Breslauer internen Klinik an, daß von 115 Fällen 88% gesund, 10% unvollkommen geheilt entlassen wurden, und nur 1·7% starben. Wenn Pfister von Heilung spricht, so meint er die Heilung des gerade bestehenden Anfalles; ein Rezidiv kann nachkommen, muß aber nicht; 50% ist übrigens der größte Prozentsatz der statistisch festgestellten Rezidive, andere sprechen nur von 30—40%. Er rät daher dem Patienten nach dem ersten Anfalle noch nicht zur Operation. Die schweren Fälle, die eine diffuse Peritonitis vermuten lassen, werden sofort zur Operation geschickt; überhaupt im Zweifelsfalle entscheidet sich Pfister eher zur Operation als für einen Versuch mit interner Behandlung.

Schönborn betont, daß auch bei großen Opiumdosen keine nennenswerte Somnolenz auftritt. Die spontane Schmerzempfindung wird durch Opium zwar herabgesetzt, dagegen bleibt die Druckschmerzhaftigkeit unverändert und ihre Zunahme läßt sich gut kontrollieren. Die Befürchtung einer „Verschleierung“ des Krankheitsbildes ist somit übertrieben. Er möchte vor dem „Zuvieloperieren“ speziell bei zweifelhafter Diagnose der Appendizitis warnen, wie es gerade in Ländern, die die Frühoperation populär machten, in England und Amerika der Fall ist.

Fraenkel will den Standpunkt der Praxis definieren, die eine Richtschnur haben muß, ehe der wissenschaftliche



Streit zwischen der chirurgischen und internen Klinik geschlichtet ist. Kommt F. zu einem von vornherein stürmischen Fall, so beruft er sofort den Chirurgen: Jeden aber auch noch so leichten Fall verfolge ich im Beginne der Erkrankung in den ersten 24 Stunden mit gespanntester Aufmerksamkeit. Wenn im Verlaufe des ersten Tages der Beobachtung die Symptome des Durchbruches oder der beginnenden Peritonitis auftreten, oder auch nur eines dieser Symptome, wie heftiger Schmerz, defense musculaire, heftiges Erbrechen, rascher Puls, Höhertreten des Zwerchfells, so beeilt sich F. den Chirurgen herbeizuziehen. Die für die Entscheidung wichtige Beobachtung der ersten 24 Stunden pflegt F. nicht durch Opium zu trüben. Der Praktiker tut gut, die Appendizitis als eine chirurgische Krankheit anzusehen, die in einer Anzahl von leichten Fällen zur Heilung, wenn auch meist nicht zu definitiver, ohne Operation kommt.

Auch in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau entspann sich eine große Appendizitisdebatte. v. Strümpell weist zunächst darauf hin, daß die Annahme, daß einer Appendizitis häufig Anginen, Influenza vorausgingen, nicht aufrechtzuerhalten sei. Hämatogene Erkrankung spiele nur gelegentlich eine Rolle. In den meisten Fällen finde eine Invasion durch das Lumen des Wurmfortsatzes statt. Die Formen seien: die Entzündung der Schleimhaut, die zirkumskripte serafibrinose Entzündung und der Abszeß, bezw. die diffuse Peritonitis. Strümpell ist nicht für die sofortige Operation in allen Fällen. Die Statistik der Frühoperationen weise noch 5 bis 6 % Todesfälle auf. Der Abszeß dagegen indiziere sofortigen Eingriff. Für die Untersuchung sei eine tastende Palpation zweckmäßig, die Exploration per vaginam, per rectum sei ein gutes Hilfsmittel. Fällt das Fieber kritisch ab, um nachher wieder anzusteigen, so sei ein Anlaß zum Eingreifen vorhanden. Desgleichen mahne dazu ein Erbrechen, Aufstoßen am vierten oder fünften Tage. Wichtig sei auch der Puls. Zunehmende Leukozytose sei beachtlich, aber kein fester Verlaß zu bestimmter Auffassung. Für die Intervalloperation kommen als Indikation öfter auftretende Beschwerden, aber auch eine beständige nervös machende Angst vor einem ferneren Anfall in Betracht.

Garré weist darauf hin, daß als hereditäres Moment ein ungewöhnlich langer Wurmfortsatz in Frage komme. Eine Schädigung durch den Kotstein könne nicht geleugnet werden, weicher Kot im Wurmfortsatz sei nicht so selten. Garré ist als Chirurg Anhänger der Frühoperation, aber nicht ohne jede Einschränkung. Die Frühoperationen müssen zeitlich eingeteilt werden; in den ersten 48 Stunden ergeben sich 100 % Heilungen, am dritten oder vierten Tage sind die Resultate ungünstiger = 60 % Todesfälle. Hier sprechen peritoneale Entzündungen mit; am fünften Tage bessert sich die Prognose wieder; bei 116 Operierten 8 % Mortalität.

D. Garhammer spricht sich in der „Münch. Mediz. Wochenschr.“ auf Grund der in der inneren Abteilung des Marienhospitals zu Stuttgart gemachten Erfahrungen dahin aus, daß durchaus nicht alle Appendizitiden einen chirurgischen Eingriff erheischen. Allen Patienten, die wegen Blinddarmentzündung in das Spital eingeliefert wurden, wurde zunächst Milchdiät und Opium verordnet. Außerdem wurde ihnen eine Eisblase aufgelegt. Nur solche Kranke, deren Peritoneum in Mitleidenschaft gezogen war oder bei denen ein Abszeß festgestellt wurde, wurden sofort operiert. Wenn diese Erscheinungen im Laufe der Krankheit, die anfangs einen gutartigen Charakter zeigte, auftreten, so wurde ebenfalls zur Operation geschritten. Bei häufigen Rückfällen wurde eine Operation in der alkoholfreien Zeit angeraten. Bei Befolgung dieser Grundsätze war die Sterblichkeit eine geringe. Im Laufe von sechzehn Jahren wurden im Ganzen 167 Fälle behandelt, davon 84 leichte, 40 mittelschwere und 43 schwere Erkrankungen. Bei den 43 schweren Fällen kam es bei 18 zur Operation, von den Operierten starben 3, von den nichtoperierten 25 keiner. Die mittelschweren und leichten Erkrankungen führten kein einzigesmal zum Tode; demnach starben von 167 Kranken nur 3, also 1·8 %. Läßt man die leichten Fälle unberücksichtigt und zieht nur die schweren in Betracht, so ergibt sich eine Sterblichkeit von 3·6 %. Vergleicht man diese Angaben mit den statistischen Mitteilungen anderer Autoren, so muß das Ergebnis als außerordentlich günstiges bezeichnet werden.

Sahli berichtet, daß von 7200 Patienten im ganzen 10 % starben, und zwar von den Nichtoperierten 9, von den Operierten 21 %; nach Renvers kamen bei 2000 erkrankten Soldaten 4 % Todesfälle vor; Stocker erwähnt 6300 Fälle in der Armee mit einer Mortalität von 4 %; nach Curschmann starben von 450 Kranken 4—7 %. Aufrecht macht die Angabe, daß von 290 Fällen 5—7 % starben. Die Statistik der Stuttgarter internen Abteilung spricht also für die kombinierte Opium-Eisbehandlung im Vergleiche mit anderen Rednern.

III. Referate.

Die gefäßverengernden Nerven der Kranzarterien des Herzens. Von Joh. Dogiel und K. Archangelsky.

Die Autoren fassen ihre Ergebnisse wie folgt zusammen:

1. Das als Hauptmotor bei der Blutzirkulation, somit bei der Zufuhr des zum Stoffwechsel nötigen Materials zu den verschiedenen Territorien des Organismus tätige Herz von Menschen, Säugetieren, Vögeln und Schildkröten besitzt seine eigenen Blutgefäße.

2. Die Blutzirkulation in den Kranzgefäßen ist teilweise abhängig von den rhythmischen, sie mechanisch beeinflussenden Herzmuskelkontraktionen, teilweise aber davon unabhängig und steht unter dem Einfluß der gefäßverengernden Nerven dieser Blutgefäße.

3. Die zweite Schlußfolgerung findet ihre Begründung in anatomischen Daten, im Bau der Kranzarterien, und in der Existenz ven Nerven, welche Lichtungsveränderungen der in Rede stehenden Gefäße bewirken.

4. Diese Nervenfasern verlaufen zusammen mit den die Herzaktion beschleunigenden und den Blutdruck erhöhenden Nerven durch den ersten Brustknoten und das Rückenmark — in den Fäden der Ansa Vieussenii.

5. Die faradische Reizung dieser unversehrten Nervenfäden oder auch ihrer Stümpfe bei Säugetieren (Hund und Katze), die Reizung des Sympathikus in der Nähe des ersten Brustknotens bei Vögeln (Truthahn, Gans) und des Sympathikus am Halse oder zugleich mit den untersten Halsknoten bei der Schildkröte zur Zeit, wo das Herz in Diastole ruht, bewirkt Verengerung der Koronararterie und Anschwellung der Koronarvenen.

6. Durchschneidet man beide Nervenfäden der Ansa Vieussenii an der einen Seite und reizt den einen der zentralen Stümpfe in spinaler Richtung, so erhält man ebenfalls Verengerung der Koronararterie, wahrscheinlich durch Vermittlung der Nervenfäden der unversehrten kontralateralen Ansa Vieussenii.

7. Soviel uns gegenwärtig bekannt ist, partizipieren an der Herztätigkeit verschiedener Tiere und des Menschen folgende Nerven: Der Hemmungsapparat (N. vagus), die die Herzaktion beschleunigenden Nerven und die gefäßverengernden Nerven der Kranzarterien.

8. Inwiefern sich die Fasern der gefäßverengernden Nerven der Kranzarterien zum Vagus hinzugesellen, wollen wir zurzeit nicht näher beleuchten.

9. Die Versuche zum Nachweise der gefäßverengernden Nerven der Kranzarterien sind, um den Einfluß der Muskelkontraktionen auszuschließen, am in Diastole ruhenden Herzen in situ, bei erhaltener Blutzirkulation und künstlicher Respiration, auszuführen. (Pflügers Archiv Heft 7—9, 1907.)

*

107 Geburten in Skopolamin-Morphin-Halbnarkose. Von Dr. Oskar Bass.

Autor berichtet über die Erfahrungen, welche an der Klinik des Prof. Chrobak mit Skopolamin-Morphininjek-



tionen in der Geburtshilfe gemacht wurden: Seine Schlußfolgerungen sind:

1. Der Geburtsschmerz wurde durch die Skopolamin-Morphininjektionen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in bedeutendem Maße gelindert.

2. Für den zu erreichenden Zweck waren Dosen von 0·3 *mg* Skopolamin + 0·001 *g* Morphin ausreichend; Erhöhung der Dosis hat die Resultate nicht wesentlich verbessert.

3. Die Geburt wurde durch Skopolamin-Morphininjektionen in manchen Fällen zweifellos verzögert, jedoch meist nur unerheblich, ohne Schaden für Mutter und Kind.

4. Wehen- und Plazentarperiode wurden nicht wesentlich, die Bauchpresse hingegen häufig ungünstig beeinflußt.

5. Es traten keine schädlichen Nebenwirkungen für die Mutter auf.

6. Für das Befinden des Kindes war die Skopolamin-Morphin-Halbnarkose durchaus nicht indifferent. (Ein Fall von Kindstod ist mit Wahrscheinlichkeit auf das Skopolamin-Morphin zurückzuführen.) (Münch. med. Woch. Nr. 11, 1907.)

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Sitzung vom 17. Mai 1907.

Otto Leischner erstattet eine vorläufige Mitteilung über Tierversuche, die beweisen, daß Epithelkörperchen mit Erhaltung ihrer Funktion transplantiert werden können. Die Schlüsse, die aus diesen Tierexperimenten für die praktische Chirurgie gezogen werden können, lauten dahin, man solle besonders bei den schwierigen Kropfoperationen, die für ein Zurücklassen von genügend Epithelkörperchengewebe nicht bürgen können, die exstirpierten Strumenstücke sofort im sterilen Zustande auf anhaftende Epithelkörperchen untersuchen, um dieselben zu reimplantieren. Anderseits hält er es für erlaubt, da viele Tierversuche bekannt sind, die nachgewiesen haben, daß der Verlust eines Epithelkörperchens für ein Individuum folgenlos ist, bei einfachen, einseitigen, intrakapsulären Zystenenukleationen, die eine vollständige Übersicht des Operationsterrains zulassen und bei denen die Fundstätten der übrigen Epithelkörperchen ganz unberührt bleiben, ein Epithelkörperchen zu entnehmen, um es einem Tetaniekranken einzupflanzen.

Anton Frh. v. Eiselsberg hat bei seinen zahlreichen Kropfoperationen stets auf Schonung der Epithelkörperchen gesehen und glaubt, daß nur dort eine Entnahme eines Epithelkörperchens erlaubt ist, wo bloß eine Zyste aus einem Lappen zu enukleieren war und die übrige Schilddrüse vollkommen normal erschien, so daß man mit Sicherheit sagen konnte, daß drei Epithelkörperchen intakt in situ gelassen wurden.

Otto Bergmeister stellt zwei Fälle von angeborenem beiderseitigen Irismangel (Aniridia congenita), der eine überdies verbunden mit Verschiebung der Linse (Ectopia lentis) vor. Es handelt sich um Mutter und Tochter, die erstere 42 Jahre, die letztere 10 Jahre alt. Bei dem Mädchen findet sich außer einem porzellanartigen Aussehen der vorderen Skleralbildung und einer vielleicht etwas stärkeren Füllung der vorderen Ziliargefäße äußerlich nichts Abnormes. Es besteht ein regulärer Astigmatismus von zirka 2·5 Dioptrien. Die Kammer ist normal tief. Beiderseits fehlt die Iris, so daß die symmetrisch nach oben verschobene Linse frei zu sehen ist. Der untere Rand der Linse liegt beiderseits beiläufig an der Grenze des unteren und mittleren Drittels der Kammerbasis, so daß das untere Drittel bei seitlicher Beleuchtung ganz schwarz, die oberen zwei Drittel leicht grau erscheinen. Die Linse ist zwar vollkommen klar, durchsichtig, doch erzeugt sie einen für das jugendliche Alter der Patientin auffallend starken grauen Reflex. Der Augenhintergrund erscheint normal. Die Patientin ist geblendet, durch Lichtscheu stark belästigt und hat mangelhafte Sehschärfe. Es gelang, auf einfache Weise ein befriedigendes Sehen zu erzielen. Während nämlich die Sehschärfe mit freiem Auge nur $S = 1/_{10}$ beträgt und J. N. 7. in 12 *cm* gelesen wird, genügt das Vorlegen einer stenopäischen Lücke von 1 *mm* Durchmesser, um die Sehschärfe auf mehr als das Dreifache $S = 1/_{3}$ zu steigern, wobei J. N. 2 gelesen wird. Am besten befindet sich die kleine Patientin mit einer Siebbrille, welche ihr ein genügend gutes Sehen nach allen Richtungen gewährt und sie vor Blendung schützt! Bei der zweiten Patientin, der Mutter, liegt Glaukoma absolutum beider Augen vor. Bulbi rigid, hart; Corneae längsoval, narbig, makulös getrübt, links mehr als rechts; rechts ist noch durch den durchscheinenden Rand der Cornea der Mangel der Iris zu erkennen; der linke Bulbus ist in toto etwas vergrößert, Cornea völlig undurchsichtig. Lichtempfindung beiderseits aufgehoben. Bei Augen mit angeborener Aniridie kommt häufig Glaukom vor, so daß man in diesen Fällen geradezu eine präformierte Disposition zur Glaukomerkrankung annehmen muß. Was die allfällige Behandlung des Glaukoms bei Aniridie betrifft, so ist das aniridische Glaukom meines Wissens operativ nicht mit Erfolg bekämpft worden. Die Iridektomie kann selbstredend nicht in Betracht kommen. Auch die Sklerotomie erscheint bei dem vollständigen Bloßliegen des Linsensystems zur Ausführung wenig geeignet. Dagegen fordern die anatomischen Verhältnisse geradezu zur Anwendung der Glaukomoperation von Heine, der Kyklodialyse, heraus.

Eduard Riehl zeigt eine Moulage mit Hautveränderungen, die er in vier Fällen bei an Carcinoma mammae leidenden Frauen beobachtet, aber nirgends beschrieben gefunden hat. Es entstehen an der Haut über der erkrankten Brustdrüse zerstreut oder in kleinen Gruppen bläschenähnliche Gebilde von Hirsekorn- bis Hanfkorngröße, die anfangs von heller Flüssigkeit erfüllt sind, sich später blutig tingieren und bis zu Kleinerbsengröße anwachsen. Diese Miliariabläschen erinnern an Effloreszenzen, fühlen sich aber hart an, platzen nicht und bestehen wochenlang; sie kollabieren beim Anstechen unter Entleerung wasserklarer oder blutiger Flüssigkeit ganz oder nur teilweise. Es sind dies keine Bläschen, sondern Zysten. In diesen Zysten finden sich nun mehr minder zahlreich epitheliale Zellenmassen des Karzinoms. Die Zellmassen nehmen bei längerem Bestande der Zyste so weit zu, daß sie das ganze Kavum erfüllen, die Zyste wird zu einem kleinen Krebsknoten. Die kleinen Zysten sind aus erweiterten Lymphgefäßen hervorgegangen, deren Endothelbelag man an vielen Stellen nachweisen kann. Die Karzinommassen in denselben entstehen offenbar durch Einwanderung von Krebszellen auf dem Wege der Lymphbahnen. Wir haben es also mit einer Metastasierung auf dem Wege der Lymphbahnen zu tun und mit wahrscheinlich durch Stauung entstandenen Lymphzysten, in welchen sich später das Karzinom ausbreitet. Die Blutungen in den Zysteninhalt sind bei den nahen Beziehungen der Lymph- und Blutkapillaren der Papillarschichte leicht erklärbar und erinnern an die blutgefüllten Zysten des Lymphangioma cysticum.

Karl Leiner stellt ein sechs Wochen altes Kind mit Ekzema universale seborrhoicum vor. Leiner hat in den letzten vier Jahren über zwei Dutzend derartiger Fälle beobachtet, und waren es fast immer Brustkinder. Es handelte sich immer um unregelmäßig, oft um überernährte Kinder. Es könnte irgend eine Stoffwechselstörung bei besonders disponierten Kindern Ursache dieser Hauterkrankung sein oder wenigstens auslösend hiezu wirken. Die Prognose ist nicht immer gut zu stellen, da zirka ein Drittel der Fälle der Erkrankung erliegt.

Diskussion zum Vortrage von W. Latzko: Die chirurgische Therapie des Puerperalprozesses.

Josef Fabricius ist der Ansicht, daß, wenn es sich um Zersetzungsprodukte, also um saprämische Zustände im Uterus handelt, so könne man durch die Ausräumung und tüchtige Auswaschung des Uterus einen glänzenden Erfolg erzielen. Ist aber eine septische Infektion des Uterus bereits vorhanden, so kann man die Infektionskeime aus den Lymphbahnen oder aus den thrombosierten und infizierten Venen nicht mehr herausbekommen, es wird in solchen Fällen selbst mit einer energischen Auskratzung nicht nur nichts genützt,



sondern nur geschadet. Die Idee, einen infizierten Uterus durch Totalexstirpation zu entfernen, in der Hoffnung, damit auch die Infektionskeime aus dem Körper zu einer Zeit zu beseitigen, wo der ganze Körper noch nicht mit solchen überschwemmt ist, ist ja keine ganz neue, die Methode wurde aber nur wenig geübt. Schon im Jahre 1895 machte Fabricius im Maria Theresia-Hospital eine solche Operation, jedoch habe ihn der Ausgang abgeschreckt, in dieser Hinsicht weitere Versuche zu machen. Was die Unterbindung oder Exstirpation der Venen bei Puerperalprozessen anbelangt, so hat Fabricius auch einmal, freilich in einem ungünstigen Falle, einen schüchternen Versuch gewagt. Doch auch in diesem Falle war der Erfolg nicht ermutigend. Was die Behandlung der Peritonitis anbelangt, so geht Fabricius schon seit 1896 radikal vor. Seine Methode besteht darin, daß er bei Peritonitis mit einer langen Inzision die Bauchhöhle eröffnet, den Eiter wegwischt und Gaze in die Bauchhöhle legt und diese aber nicht wieder teilweise schließt, sondern ganz offen läßt. Dem Standpunkte Latzkos, in jedem Falle einer beginnenden Peritonitis gleich die Laparotomie zu machen, kann Fabricius nicht beipflichten. Es gibt manche stürmisch beginnende Pelveoperitonitis, die doch gut ausgeht, ohne daß man gleich operiert.

Jos. Halban erinnert daran, wie schwer die Indikationsstellung und Prognose bei Puerperalprozessen ist. Die Indikationsstellung ist fast immer nur eine ganz subjektive. Aus diesem Grunde aber wird wohl auch der Gedanke des Vortragenden, eine Frühoperation in jedem Falle zu propagieren, „der ein bis zwei Tage lang konstant Temperaturen von 39 bis 40° oder darüber aufweist oder überhaupt nach 48 Stunden keine entschiedene Wendung zum besseren zeigt", in der Praxis wohl wenige Anhänger finden. Der Vergleich mit der Appendizitis und den glänzenden Erfolgen ihrer Frühoperation ist deshalb nicht zutreffend, weil bei dieser die Operation im frühen Stadium einfach und sehr wenig gefährlich ist, während der chirurgische Eingriff bei den puerperalen Prozessen ein schwerer ist und gewiß in vielen Fällen die Prognose nicht verbessern, sondern geradezu verschlechtern dürfte. Weiters geht Redner auf die von Latzko vorgeschlagene Behandlung der Metrophlebitis, speziell von der dabei geübten Venenunterbindung ein. Er glaubt, daß die hohe Mortalität von 70%, während die Mortalität der konservativ behandelten Fälle schwerer Puerperalerkrankungen, die nur 30% betrage, dafür Zeugnis lege, daß von einer überzeugenden Wirksamkeit des in Frage stehenden Eingriffes gewiß nicht gesprochen werden kann. Halban glaubt daher, daß die Methode der einfachen Venenunterbindung nicht empfohlen werden könne. Der vom Vortragenden angegebene vaginale Weg zur Eröffnung der Venenthromben dürfte wohl wenig Nachahmer finden. Es wird da meist nur ein kleines Gebiet der infizierten Venen eröffnet, von einer exakten Arbeit ist dabei keine Rede, denn man gewinnt keine Vorstellung, wie weit die Thromben reichen und was sich in den höher gelegenen Venen abspielt. Die mit dieser Methode gewonnenen Resultate sind wohl nur Scheinerfolge, es handelte sich offenbar um Fälle, welche auch ohne diesen Eingriff genesen wären.

Peham will die hauptsächlichsten Punkte im Vortrage Latzkos in Diskussion ziehen und zwar:

1. Die Behandlung der puerperalen Peritonitis;
2. die Behandlung der Thrombophlebitis im Bereiche des parametranen Plexus;
3. die Behandlung des Puerperalprozesses durch Totalexstirpation des Uterus und schließlich
4. die Art des den Ausführungen des Vortragenden zugrunde liegenden Materiales.

Man müsse zwei Arten von Peritonitis im Puerperium unterscheiden, nämlich die abgesackte und die puerperale allgemeine Peritonitis.

Während die abgesackte Peritonitis eine viel günstigere Prognose bietet, stellt die puerperale Allgemeinperitonitis die allerschlechteste Form des Puerperalfiebers vor.

Bei diesen Formen der puerperalen Peritonitis hat P. niemals einen Erfolg von einer Laparotomie gesehen, mit Ausnahme eines einzigen Falles, wo es sich aber um eine vom Appendix ausgehende Peritonitis gehandelt hatte.

Was die Behandlung der thrombophlebitischen Form des Puerperalprozesses anlangt, so gibt Latzko selbst zu, wie schwer es ist, in solchen Fällen die Prognose zu stellen, und jedem von uns sind ja genügend Fälle bekannt, wo die Erkrankung trotz einer enormen Anzahl von Schüttelfrösten und monatelanger Dauer schließlich in Heilung überging.

Ebensowenig befriedigend sind die Fälle, wo Latzko wegen puerperaler Infektion den Uterus exstirpiert. Die Schwierigkeiten der Indikationsstellung zu diesem Eingriff sind wiederholt erörtert und auch von Latzko neuerlich betont worden. Solange die Infektion auf den Uterus beschränkt ist, ist das Krankheitsbild häufig kein so schweres und kann man sich da in der Regel nicht dazu entschließen, bei einer jugendlichen Kranken sofort den Uterus zu exstirpieren. Nimmt aber die Krankheit einen bedrohlichen Charakter an, so kommt man dann auch meistens zu spät.

Die Indikationsstellung zur Exstirpation mit der Forderung der Frühoperation bei Appendizitis zu vergleichen, scheint mir vor allem aus zwei Gründen ganz unzulässig. Erstlich handelt es sich um ganz verschiedenartige Organe, und dann fürchtet der Chirurg nicht nur den lokalisierten Krankheitsherd und die Resorption von Toxinen, sondern in erster Linie eine Perforation des zarten Darmanhangs und damit die Möglichkeit einer Kommunikation zwischen Darm und Peritonealraum, was beim Uterus wohl kaum vorkommt.

Karl August Herzfeld nimmt in erster Linie zur Frage der chirurgischen Behandlung der Peritonitis puerperalis Stellung. Er glaube, daß die durch Perforation eines Hohlorganes entstandene Peritonitis, wie sie die Chirurgen derzeit mit Erfolg aktiv angehen, mit einer durch einen Puerperalprozeß erzeugten Peritonitis nicht zu vergleichen sei, denn bei der Perforativperitonitis erfolge die Aussaat der pathogenen Keime in das vorher integre oder nahezu integre Peritoneum. Bei der puerperalen Peritonitis jedoch entstehe infolge einer Infektion vom Genitaltrakte her eine Lymphangioitis im Bereiche der Becken- und Bauchhöhle, die sich oft genug auch bis in die Pleurahöhle erstreckt. Die sich anschließende Peritonitis stellt den Schlußakt der Tragödie dar. In solchen Fällen ist die Peritonitis bloß ein Symptom der schweren septischen Erkrankung. Nicht die Peritonitis tötet Kranke, sondern der schwere Allgemeinprozeß, dessen Zerstörungswerk durch die Peritonitis angezeigt wird. In solchen Fällen verspreche er sich nicht viel von einer chirurgischen Eröffnung der Bauchhöhle und alle derartigen Fälle, in denen er als letzten Rettungsversuch die Eröffnung der Bauchhöhle vornahm, haben bald nach dem Eingriffe letal geendigt. Auch sei die Indikationsstellung in jedem einzelnen Falle eine ungemein schwere.

Wilhelm Latzko erinnert den Vorredner, daß die Zahl der Operationen, deren Indikationsstellung er als kontrovers bezeichnet habe, doch eine kleine sei. Es handelt sich im ganzen um sieben Metrophlebitis- und fünf Radikaloperationen unter 470 Puerperalprozessen. In zahlreichen der übrigen Fälle kamen konservative Methoden zur Anwendung; in erster Linie Kollargol und Paltaufserum.

Dann sehe er die Puerperalprozesse nicht entstehen wie die Ärzte der geburtshilflichen Kliniken. An seine Abteilung kommen die Wöchnerinnen im besten Falle am dritten oder vierten Tage der Erkrankung, zumeist aber viel später.

Bezüglich der Radikaloperation haben alle Vorredner Einwendungen erhoben. Fabricius beurteilt sie nicht günstig nach einer einzigen ungünstigen Erfahrung aus dem Jahre 1895, die sich auf eine Kombination von Gravidität und Uteruskarzinom bezog. Der Fall ist an Peritonitis gestorben, gehört übrigens eben wegen seiner Komplikation nicht hieher. Die anderen Herren verfügen zwar über keinerlei persönliche Erfahrung, glauben aber, die Operation auf Grund theoretischer

Erwägungen ablehnen zu müssen. Schwerer als diese wiegt wohl das Ergebnis meiner Untersuchungen an meinem Leichenmaterial. Neunmal unter 112 Sektionen ergab der Befund reine septische Endometritis, also einen nur auf den Uterus beschränkten Prozeß, ohne jede Metastase oder sonstige Komplikation.

Die Schwierigkeit, die „rechte Zeit“ zu bestimmen, habe er selbst in seinem Vortrage gebührend betont. Wenn er aber, um dieser Schwierigkeit auszuweichen, die Frühoperation empfahl, so habe er doch nicht, wie ihm das Halban zumutet, je gesagt, man solle jeden Puerperalprozeß, der an zwei Tagen 38 bis 39° zeigt, operieren, sondern ausdrücklich erklärt, daß innerhalb einer bestimmten kleinen Gruppe die Fälle, die konstant, d. h. acht bis zwölf Stunden lang, zwei Tage hindurch Temperaturen von 39 bis 40° zeigen, eventuell zur Operation geeignet seien.

Wenn Halban sagt: Die Mortalität der Metrophlebitisoperation beträgt 70%, während die der unbeeinflußten Metrophlebitis 30% nicht übersteigt, so weiß er nicht, woher Halban die letztere Zahl habe. Gewöhnlich wird die Mortalität der Metrophlebitis mit 60 bis 70% angegeben; von einer Mortalität der Metrophlebitisoperation kann man aber überhaupt nicht sprechen. Ihm sei ein Fall an Unterbindung der Arteria iliaca interna zugrunde gegangen, obwohl er in bezug auf die Phlebitis geheilt, seit Wochen fieberlos war. Sonst sind alle Fälle nicht der Operation, sondern ihrem Puerperalprozesse erlegen. Damit fallen alle Folgerungen Halbans und Pehams, auch wenn er ihnen konzediere, daß die Mortalität der Metrophlebitis tatsächlich viel kleiner ist, als dies allgemein angenommen wird; allerdings nicht der Metrophlebitis, die sie aus den Schüttelfrösten diagnostizieren zu können glauben. In der Peritonitisfrage stehen die Vorredner auf einem Standpunkt, der ihm nach seinen Erfahrungen unbegreiflich erscheine. Er glaube, daß über die Technik der Peritonitisoperation eine Diskussion möglich ist, über ihre Indikation nicht mehr! Wir stehen heute in der chirurgischen Therapie des Puerperalprozesses am Beginne eines neuen Weges. Wer wissen will, wohin er führt, der darf nicht nur den Kompaß theoretischer Voraussetzungen befragen, der ihm die Richtung zeigt, der muß ihn gehen.

Halban möchte nur die eine Tatsache feststellen, daß sich seine Bemerkungen hauptsächlich gegen die einfache, transperitoneale Unterbindung der Venen gerichtet haben. Diesbezüglich sagte er, daß die hohe Mortalität von 70% nach diesen Operationen nicht ermutigend sei. Der Vortragende meinte aber, daß diese Ziffer zu hoch gegriffen sei und sprach von 30% Mortalität. Wenn wir aber seine eigenen Resultate prüfen, so zeigt sich, daß von sieben von ihm in dieser Weise operierten Fällen fünf gestorben sind, was einer Mortalität von 71·3% entspricht. Bumm operierte acht Fälle mit fünf Todesfällen, d. i. eine Mortalität von ca. 63%. In den von Opitz zusammengestellten 19 Fällen beträgt die Mortalität über 68%. Daraus geht hervor, daß meine Angaben richtig sind.

Wilhelm Latzko will auf die Berechnungen Halbans gar nicht eingehen, da Statistiken mit so kleinen Zahlen ganz wertlos seien. *i. m.*

V. Literatur.

Praktischer Führer durch die gesamte Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie. Nachschlagebuch in allen Fällen für den praktischen Arzt und für Studierende. Herausgegeben von Sanitätsrat Lorenz in Scharley. Zweite vollständig überarbeitete und vermehrte Auflage. Leipzig. Benno Konegen Verlag, 1906. 2 Bände.

Verfasser hatte ursprünglich die Absicht, aus den kurzen Notizen, die er sich von Fall zu Fall machte, für seine Kollegen zur leichten und besseren Orientierung in der Praxis ein Nachschlagebuch zu schreiben. Bei der Überfülle des Stoffes ist ein zweibändiges kompendiöses Werk daraus geworden, das sehr wenig individuelles, für die Auffassung des Verfassers „gegenüber der Klinik“ charakteristisches hat; dagegen hat das Werk durch Anleihen aus Werken der modernsten Autoren gewiß gegen die erste Auflage nichts verloren.

Lorenz bietet etwas, was unseres Wissens bisher noch von keinem andern Autor geboten wurde, ein handliches, leicht übersichtliches, kurzes, gründliches und billiges Nachschlagewerk für alle Fächer der praktischen Medizin. Für Studierende mag es als Repetitorium von Wert sein, für den in einem Fach ganz Unorientierten kann es natürlich ebensowenig leisten, wie irgend ein anderes Buch, für den geschulten Praktiker ist es unschätzbar, denn die bei den einzelnen Organerkrankungen angeführten differentialdiagnostischen Winke sind bei aller Knappheit in der Form sehr instruktiv und glücklich gewählt. Lernen kann man daraus kaum, sich Rats erholen stets; es ist eines der wenigen Bücher, die wirklich für den Praktiker geschrieben sind; stammt es doch auch aus der Feder eines in der Praxis stehenden Kollegen, der die Bedürfnisse und Fährlichkeiten der Praxis zu würdigen weiß.

Bezüglich der therapeutischen Winke glaubt Verfasser, er werde für die älteren Kollegen zu ausführlich, für die jüngeren zu knapp referiert haben, speziell in bezug auf die neueren chemischen Präparate, wo die Spreu vom Weizen noch nicht gesondert sei. Es kann ihm speziell in letzterer Beziehung zu große Zurückhaltung nicht zum Vorwurf gemacht werden und er wird wohl diesbezüglich in der nächsten Auflage manches zu revidieren haben.

Sehr lesenswert sind einzelne Aufsätze, z. B. über Genickstarre; ferner sei vermerkt, daß Verfasser einen großen Abschnitt der „Hyperämie als Heilmittel“ gewidmet hat, wobei er sich streng an Biers Angaben hielt. Auch hier dürfte die nächste Auflage manche Veränderungen bringen, doch die jetzt herrschenden Anschauungen gibt Verfasser mit bemerkenswerter Treue wieder. Jedenfalls ist das Werk ein solches, das nicht bloß Zierde der Bibliothek ist, wie so viele andere vielbändige und teuere Nachschlagewerke, sondern ein wertvoller praktischer Behelf und geeignet, dem beschäftigten Praktiker, der keine Hunderte in einer Bibliothek investieren kann, eine solche zu ersetzen.

VI. Aus der Praxis.

Die Verwendung des Fickerschen Reagens zur Diagnose Typhus abdominalis.

Die Untersuchung wird in folgender Weise ausgeführt:

Man entnimmt dem typhusverdächtigen Kranken eine geringe Menge Blut (zirka 1 cm^3) durch einen unter allen aseptischen Kautelen vorgenommenen Einschnitt längs des Randes eines Ohrläppchens.

Das Blut wird in der kleineren (inneren) der beiden ineinander steckenden Glasphiolen aufgefangen, welche hernach wieder gut zu verstopfen und für einige Minuten in schräge Lage zu bringen ist, so zwar, daß sich das Blut in ihrem bauchigen Teile ansammeln und gerinnen kann. Nach der Gerinnung des Blutes wird die verschlossene Phiole in das größere Schutzröhrchen gegeben und bis zur Abscheidung des Serums in senkrechter Stellung aufbewahrt; sie kann zu diesem Zwecke in einer gewöhnlichen Zündholzschachtel, die nachher zu verbrennen ist, in einer Tasche mit nach Hause genommen werden.

Von dem mittlerweile (nach Ablauf von 1—2 Stunden) ausgepreßten Blutserum hebt man vermittels der beigegebenen, mit einer Gummikappe versehenen Pipette eine hinreichende Menge ab, um einen Tropfen davon in eines der kleinen Probegläser hineinfallen lassen zu können. Nach Durchspülung der Pipette mit Alkohol und Äther saugt man von der physiologischen Kochsalzlösung eine größere Quantität auf und läßt neun Tropfen davon zu dem einen Serumtropfen zufließen, so daß nach der Mischung eine zehnfache Serumverdünnung entsteht.

Von dieser Grundverdünnung werden in ein neues Probeglas 4 und in ein weiteres 2 Tropfen gegeben und nach



abermaliger Reinigung der Pipette mit Alkohol und Äther werden in diese beiden Probegläser 16 bezw. 18 Tropfen der Fickerschen Emulsion, nachdem sie gut aufgeschüttelt worden ist, dazugemessen, wodurch eine 50 bezw. 100fache Serumverdünnung hergestellt ist.

In ein Kontrollröhrchen gibt man etwa 20 Tropfen Fickerscher Emulsion ohne jeden Zusatz und läßt nun die angesetzten Proben bei Zimmertemperatur im Dunkeln stehen.

Bei positivem Ausfall der Probe klärt sich nach etwa 8—16 Stunden die ursprünglich leicht trübe Emulsion, indem sich gleichzeitig mehr oder minder deutlich sichtbare Flöckchen im spitz zulaufenden Ende des Probegläschens absetzen. Zur Feststellung des Eintrittes der Reaktion ist immer der Vergleich mit dem Kontrollröhrchen notwendig, dessen Inhalt gleichmäßig getrübt bleibt.

Der positive Ausfall der Probe spricht für eine bestehende oder vorausgegangene Typhuserkrankung; es ist aber dabei nicht zu übersehen, daß in vereinzelten Fällen auch bei anderen Krankheiten, wie Miliartuberkulose, Meningitis tuberculosa, Sepsis, Puerperalfieber und Diphtherie, ein positiver Ausfall beobachtet wurde. Wichtig ist auch die Tatsache, daß der positive Ausfall der Probe in der Regel nicht vor Beginn der zweiten Krankheitswoche, in manchen Fällen sogar erst von einem noch späteren Zeitpunkte an erwartet werden kann.

Sämtliche Utensilien sind nach jedesmaligem Gebrauche sorgfältig zu reinigen und zu desinfizieren. Das Fickersche Reagens ist eine sterile und sehr lange Zeit haltbare Emulsion von abgetöteten und zerriebenen Typhusbazillen, welche nicht infektiös ist.

VII. Notizen.

Personalnachrichten. Greifswald. Der ordentliche Professor der Gynäkologie Dr. August Martin gedenkt im Herbst dieses Jahres vom Lehramte zurückzutreten. — Der Privatdozent der Physiologie Dr. Mangold, der bisher in Jena dozierte, wird in Zukunft in Greifswald sein Lehramt ausüben.

Bonn. Der Privatdozent Dr. Viktor Schmieden wird in Vertretung seines Chefs, Prof. Dr. A. Bier, der nach Berlin als Nachfolger E. v. Bergmanns berufen wurde, auf dem Ärztekongreß in Washington Vorträge zu halten.

Jena. Prof. Dr. Wagenmann (Ophthalmolog) soll die Berufung nach Straßburg, wohin er als Nachfolger Laqueurs gehen sollte, abgelehnt haben.

Dr. Ritter Demeter v. Tabora aus Czernowitz hat sich in Straßburg für innere Medizin habilitiert.

Der Professor der Chirurgie Dr. Poirier, Paris, ist gestorben.

— Dr. med. Maurus Fisch hat am 1. Mai l. J. seine kurärztliche Tätigkeit in Franzensbad, „Deutsches Haus", Kaiserstraße 15, wieder aufgenommen.

Die Infektionskrankheiten und ihre Verhütung von Stabsarzt Dr. W. Hoffmann. Mit 12 vom Verfasser gezeichneten Abbildungen und 1 Fiebertafel. G. J. Göschen'sche Verlagshandlung in Leipzig.

Es ist die Aufgabe des Spezialisten, in kurzer, aber verständlicher Weise das Wichtigste aus dem doch immerhin sehr umfangreichen Spezialgebiet kritisch so darzustellen, daß sich der Gebildete über das Wesen der Infektionskrankheiten und ihre Verhütung nach dem augenblicklichen Stand der immer fortschreitenden Wissenschaft eine klare Vorstellung machen kann. Es ist natürlich nicht möglich, alle Infektionskrankheiten in dem gegebenen Rahmen eines Bändchens zu besprechen, sondern es können nur die wichtigeren, die auch auf ein allgemeineres Interesse Anspruch haben dürfen, Erwähnung finden. Ferner ist in der Darstellung nur das zum Ausdruck gebracht worden, was durch wissenschaftliche Untersuchungen sicher erwiesen ist, schwebende Fragen sind deshalb übergangen oder nur kurz angedeutet worden. Um die Vorstellung von dem Aussehen der Krankheitserreger zu erleichtern, sind Abbildungen beigegeben; hiebei erscheint eine etwas schematische Darstellung mehr empfehlenswert, als naturwahre Bilder, bei denen manchmal auch der Geübte das Charakteristische erst mit Mühe erkennen kann. Je mehr die wichtigen Anschauungen über die Infektionskrankheiten und ihre praktisch durchführbaren Verhütungsmaßregeln Allgemeingut der Bevölkerung werden, um so erfolgreicher wird der sachverständige Kampf gegen die Infektionskrankheiten sein — zum Wohle der Allgemeinheit.

VIII. Eingesendet.

Internationaler Laryngo-Rhinologenkongreß Türck-Czermakfeier. Laryngo-Rhinologische Ausstellung in Wien, 21. bis 25. April 1908. Gleichzeitig mit dem in Wien vom 21. bis 25. April 1908 tagenden „Internationalen Laryngo-Rhinologenkongreß" wird in den Räumen der k. k. Universität eine Ausstellung von Objekten, welche auf die Laryngologie und Rhinologie, Ösophagoskopie und Bronchoskopie Bezug haben, stattfinden. Zur Ausstellung gelangen: Untersuchungs-, operative und Behandlungsinstrumente, Inhalations-, elektromedizinische, Beleuchtungsapparate und sonstige technische Hilfsmittel, Prothesen, Handschriften, Bücher, Präparate, Abbildungen usw. Die Interessenten, welche sich an der Ausstellung zu beteiligen wünschen, wollen ihre Beteiligung dem Sekretär des Kongresses (Herrn Prof. Dr. Michael Großmann, Wien IX., Garnisongasse 10) bis spätestens 31. Dezember 1907 unter genauer Beschreibung jedes einzelnen auszustellenden Gegenstandes anmelden, damit danach der Katalog zusammengestellt werden kann. Die Ausstellungsobjekte sind bis spätestens 15. Februar 1908 an Herrn Oberingenieur Jaroschka, Inspektor des k. k. Universitätsgebäudes in Wien, zu senden, der dieselben in Verwahrung nimmt. Gegen Feuersgefahr, Diebstahl und Beschädigung werden die eingesandten Objekte durch das geschäftsführende Komitee versichert. Die zollfreie Ein- und Ausfuhr ist von den kompetenten Behörden bewilligt und wollen die Herren Aussteller die dazugehörigen Dokumente vom obengenannten Sekretär ansprechen.

Wien, im April 1907.

Für das geschäftsführende Komitee:

Der Sekretär:	Der Präsident:
Prof. Dr. M. Großmann	Prof. Dr. O. Chiari
Wien IX., Garnisongasse 10.	Wien I., Bellariastraße 12.

Anästhesie durch Stovain. Die toxischen Eigenschaften des Kokains haben seit einer Reihe von Jahren eine intensive Tätigkeit zur Aufsuchung von Ersatzpräparaten angeregt. Dr. E. Fürth, Spitalsleiter des städtischen Spitals in Dervent, hat nun vergleichende Untersuchungen solcher Präparate angestellt und ist zur Überzeugung gekommen, daß das brauchbarste Präparat das Stovain ist, ein im Wasser leicht lösliches und in der Lösung ohne Zersetzung sterilisierbares Pulver. Die Prüfung an dem großen Krankenmateriale, wobei Stovain subkutan, submukös, mittels Instillation verabreicht wurde, ergab, daß das Stovain eine um das Mehrfache geringere Toxizität als das Kokain bei mindest gleichen anästhesierenden Fähigkeiten besitzt. Die Unempfindlichkeit ist in längstens fünf Minuten erreicht und dauert mindestens ebenso lange, wie bei der Verwendung einer gleich großen Dosis Kokains. Im Gegensatze zum Kokain beeinflußt Stovain das Gefäßsystem in keiner Weise; es fehlt ihr die ishämierende, vielfach so unerwünschte Nebenwirkung des Kokains. Sowohl vor Kokain als auch vor den anderen Ersatzpräparaten hat das Stovain den Vorzug, daß seine viel geringere Toxizität gestattet, nach Ablauf weniger Minuten eine neuerliche Injektion vorzunehmen. Ferner kommt in Betracht, daß das Stovain, das von der chemischen Fabrik J. D. Riedel in Berlin hergestellt wird, billiger als das Kokain, so daß Dr. Fürth in der „Österr. Ärztezeitung" die Einbürgung des Stovains in die allgemeine Praxis für ein vollauf gerechtfertigtes Verlangen erklärt.



Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

o. ö. Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumeriert für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 24. Wien, 15. Juni 1907. **Nr. 24.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Kritische Studien zur Immunitätsfrage.

Von **Dr. Bergel**, Hohensalza.

(Schluß.)

Die Tatsache, daß der Immunkörper an die Bakterien gebunden wird, während das Komplement mit diesen, ebenso wie bei dem Ambozeptor keine Bindung eingeht, erklärt sich meiner Ansicht nach nicht dadurch, daß, wie Ehrlich es will, der Immunkörper zwei haptophore Komplexe hat, deren einer mit der haptophoren Gruppe der Bakterien und deren anderer mit dem Komplement eine Verbindung eingeht — der Nachweis dieser Bindung ist übrigens nicht gelungen — und dadurch die Bakterien in den Wirkungsbereich des Komplements zieht, sondern die experimentellen Befunde werden viel verständlicher durch die Annahme gedeutet, daß diejenigen Leukozytenfermente, welche eine maximale chemische Verwandtschaft zu den betreffenden Bakterien in ihrer ursprünglichen Form besitzen, sich mit ihrer haptophoren Gruppe an diese verankern und mit der zymophoren derartige chemische Veränderungen und Umwandlungen in den Krankheitserregern hervorrufen, daß nunmehr in die chemisch umgestalteten Infektionsstoffe, in die veränderte Atomengruppe ein anderes, von einer anderen Art von Leukozyten abstammendes Ferment einhaken und die weitere Verdauung und Auflösung, sei es im Zellkörper der Leukozyten, sei es außerhalb desselben, übernehmen kann. Beide Substanzen, Immunkörper und Komplement, sind für die völlige Vernichtung der Bakterien und ihrer Endotoxine notwendig, in ihrer Wirksamkeit auf dieselben durcheinander bedingt und voneinander abhängig. Durch die Einwirkung des Immunkörpers werden die Bakterien der chemischen Beeinflussung durch das Komplement erst zugänglich gemacht, ohne daß indessen eine direkte Bindung des Komplements durch den Immunkörper zu bestehen braucht. Der Immunkörper selbst braucht also an sich mit dem Komplement in gar keiner chemischen Beziehung zu stehen — bekanntlich nimmt Ehrlich das Gegenteil an — sondern durch die chemische Einwirkung des Immunkörpers wird, wie gesagt, der spezifische Krankheitserreger der weiteren Beeinflussung durch das Komplement unterworfen, der Infektionsstoff ist durch die Verankerung mit dem Immunkörper chemisch so umgestaltet, daß das Komplement, welches zuerst keine chemische Affinität zu den betreffenden Bakterien hatte, nunmehr an den veränderten Krankheitserregern eine passende Gruppe zum Eingreifen findet. Daher kommt es, daß das Komplement nicht imstande ist, sich direkt mit den Bakterien zu verbinden, sondern dies erst nach Einwirkung des Immunkörpers zu tun vermag.

Die Agglutination ist eine Schädigung, eine Vorstufe der Abtötung der Bakterien, die wahrscheinlich hervorgerufen ist durch die Einwirkung einer chemischen Substanz, welche große Ähnlichkeit hat mit den Immunkörpern der Bakteriolysine. Diese zum mindesten nahe Verwandtschaft mit den Immunkörpern ist durch viele Versuche im höchsten Grade wahrscheinlich gemacht. Auch andere schädigende Einwirkungen der Immunkörper allein auf die Bakterien sind beobachtet. In diese geschädigten Krankheitserreger greift nun die chemisch wirkende Substanz einer anderen Leukozytenart infolge der nunmehr neu entstandenen chemischen Affinität ein und bedingt die vollständige Abtötung der Infektionserreger.

Die Entstehung der Ambozeptoren, der Präzipitine, Agglutinine stellt sich Ehrlich in ähnlicher Weise vor wie die der Antitoxine, durch Abstoßung von bestimmten Arten von Seitenketten der befallenen Zellen.

Wenn, wie ich schon vorher bei der Besprechung der Antitoxinbildung hervorgehoben habe, die Annahme Ehrlichs auf große Bedenken stoßen muß, daß ein angeblich entstandener Defekt in der Zelle nicht bloß regeneriert, sondern sogar überkompensiert wird, daß diese überkompensierten, freien Atomgruppen ohne Zusammenhang mit anderen Atomenkomplexen lange Zeit hindurch im Blute unverändert herumschwimmen sollen, daß weiterhin diese Atomgruppen die Rolle der Antitoxine dadurch übernehmen sollen, daß sie sich mit der haptophoren Toxingruppe vorher binden, so daß der toxophore Komplex vermeintlich nicht zur Wirkung gelangen könne, ohne daß aber die toxophore Gruppe selbst chemisch verändert wird, so ist die Entstehung der Koaguline, Präzipitine und Agglutinine, sowie bei den Bakteriolysinen die angebliche Entstehung und der vermeintliche Einfluß der Ambozeptoren im Ehrlichschen Sinne noch viel unwahrscheinlicher und unbegründeter. Weder das Vorhandensein noch auch die Art und Wirkungsweise eines die Funktionen eines Präzipitins oder auch eines Ambozeptors repräsentierenden Rezeptors innerhalb der fixen Organzellen kann nach unseren heutigen biologischen Vorstellungen angenommen werden. In-



folgedessen muß auch die Entstehung und Wirkung dieser durch Abstoßung solcher Seitenketten repräsentierten Substanzen geleugnet werden. Es ist eine physiologisch allgemein anerkannte Tatsche, daß die fixen Gewebszellen nicht imstande sind, geformte Elemente aufzunehmen, so kompliziert strukturierte chemische Körper, wie sie lebende Bakterienzellen darstellen, analytisch zu zerlegen, innerhalb des Zellleibes durch fermentative Prozesse zu verdauen. Das wäre aber die Vorbedingung für die Entstehung z. B. der Präzipitine, Koaguline usw. und die Annahme ihrer spezifischen Funktion nach Ehrlich. Alle Beobachtungen und Tatsachen sprechen vielmehr mit größter Bestimmtheit dafür, daß den fixen Organzellen bereits fertig durch die Verdauungsprozesse vorgebildetes, assimilierbares Nährmaterial zugeführt werden muß, dem sie, wie wir oben gesehen haben, je nach ihrer spezifischen chemischen Eigenart die zu ihnen passenden, mit ihnen verwandten Atomgruppen als Nährstoffe entnehmen und in das Molekül einreihen. Die einzigen Zellen im menschlichen Körper, welche ungelöste, geformte, so hoch komplizierte Körper fermentativ zu zerlegen, zu verdauen vermögen, sind die Wanderzellen, die Leukozyten.

Nun ist es wohl denkbar, daß nicht ein und derselbe fermentartige Körper den Krankheitserreger so weit verändert, daß er gleich von seiner vollen Wirkung bis zur gänzlichen Unschädlichkeit umgewandelt wird, ihn gewissermaßen bis zu seinem Endprodukt verdaut, verbrennt, sondern es ist theoretisch sehr wohl möglich, und die angestellten Experimente sprechen sehr zugunsten dieser Deutung, daß die Krankheitserreger, welche durch die Einwirkung des Immunkörpers nunmehr eine wenn auch nur geringfügig modifizierte molekulare Struktur aufweisen, in dieser Konstitution zu einer anderen Gruppe von Leukozytensekreten eine vorher nicht vorhandene chemische Verwandtschaft gewonnen hat, mit Hilfe deren die weitere fermentative Umwandlung der Krankheitsstoffe, sei es im Zelleibe der Leukozyten selbst, sei es außerhalb desselben, in noch weniger schädliche und unschädliche Substanzen erfolgen kann.

Für die oben geäußerten Anschauungen, daß zur Verdauung mancher Körper zwei Fermente notwendig sind, die an sich in gar keiner chemischen Beziehung zueinander zu stehen brauchen, daß ferner bestimmte Leukozytenfermente sich nur gegen bestimmte Krankheitserreger wenden, finden wir leicht Analogien bei anderen physiologischen Vorgängen. Die Eiweißkörper z. B. werden nicht gleich unmittelbar durch ein einziges Verdauungsferment in resorbierbare und assimilierbare Substanzen umgewandelt, sondern das erste bereitet das Eiweiß zu einer solchen Vorstufe vor, daß das zweite an der veränderten Atomgruppierung des Moleküls einen Angriffspunkt findet und die weitere Verdauung bewerkstelligen kann. Das Pankreasferment z. B. ist an und für sich nicht imstande, Eiweiß zu lösen, ebenso wenig, mit unseren jetzigen Untersuchungsmethoden nachweisbar, der Darmsaft allein, wiewohl er sehr leicht an Eiweiß gebunden wird; wirkt aber die Enterokinase zusammen mit dem Trypsin auf das Eiweiß ein, so wird es verdaut. Auch hiebei kann man meiner Ansicht nach von einer tatsächlichen Ambozeptorenwirkung der Enterokinase insofern nicht sprechen, als diese mit dem Trypsin ja gar keine Bindung eingeht, sondern der Vorgang der Verdauung mit größter Wahrscheinlichkeit nur derart gedeutet werden kann, daß das eine Ferment das Molekül des zu verdauenden Körpers in seiner Atompruppierung, wenn auch mit unseren Methoden nicht immer nachweisbar, derart umgestaltet, daß nunmehr das andere Ferment spezifische Wirksamkeit äußern, in die veränderte Atomgruppe eingreifen kann. Dieser Vorgang ist also analog demjenigen, der sich meiner Ansicht nach bei der Auflösung von Bakterien durch Immunkörper und Komplement abspielt.

Die Annahme eines Ambozeptors, der etwa gleichzeitig mit je einer Atomgruppe Bakterien bezw. rote Blutkörperchen und das im Körper befindliche Komplement angreift, ist aus dem Grunde nicht gut möglich, weil der Immunkörper zwar mit den roten Blutkörperchen und den Bakterien eine Bindung eingeht, eine solche mit dem Komplement dagegen nicht nachgewiesen werden konnte. Es muß also angenommen werden, daß der Ambozeptor sich erst mit den Bakterien verbindet, an deren Struktur er eine wenn auch ganz minimale Umwandlung hervorruft und daß diese nachher in den Wirkungsbereich des Komplements gelangen. Man könnte vielleicht auf Grund dieser Vorstellung die Ambozeptoren Ehrlichs als Prolysine, die Komplemente als Lysine bezeichnen.

Die Tatsache, daß sowohl die Antitoxine eine ganz spezifische Wirkung auf die betreffenden Toxine ausüben, und daß auch Immunkörper und Komplement nur spezifisch auf die jeweiligen Krankheitserreger wirken, läßt sich, wie wir oben bereits ausgeführt haben, nicht in Einklang bringen mit der Annahme eines einzigen Schutzmittels gegen alle toxischen und infektiösen Erkrankungen, eines einheitlichen Alexins im Sinne Buchners, auch nicht mit der Annahme Metschnikoffs, daß die sogenannte Mikrozytase gegen alle Bakterien gerichtet sei, sondern alles deutet darauf hin, daß chemisch gegen spezielle Krankheitserreger immer nur spezifische Substanzen sich wenden können. Diese verschiedenartigen Antisubstanzen werden repräsentiert durch die Einwirkung und durch das Zusammenwirken jedesmal derjenigen von den verschiedenartigen Leukozytensekreten, welche zu den Infektionserregern eine spezifische chemische Verwandtschaft besitzen. Besteht keine derartige chemische Affinität zwischen den Leukozyten, ihren Sekreten und den Krankheitserregern, so tritt keine Reaktion des Körpers, keine Heilung ein. Wir sehen also, daß durch die chemische Verwandtschaft der Krankheitserreger bezw. deren toxophoren Gruppe, mit den fixen Organzellen die Vorbedingung für die Erkrankung, durch eine solche mit den Leukozyten und ihren Fermenten die Vorbedingung für die Heilung gegeben ist. So erkrankt z. B. ein Huhn an typischem Tetanus, wenn ihm dieses Gift direkt in das Gehirn eingespritzt wird, wenn also das Toxin sich direkt mit den Gehirnzellen verankert, ist aber fast unempfänglich, wenn ihm Tetanustoxin subkutan injiziert wird. Hier findet, wie Metschnikoff gezeigt hat, die Bindung des Giftes durch die Leukozyten statt, welche auf den Reiz hin sehr viel Antitoxin produzieren und dadurch die anscheinende Immunität erzeugen, manifeste Krankheitserscheinungen gar nicht aufkommen lassen.

Die oben besprochenen Verhältnisse kann man sich in groben Zügen analog etwa der Einwirkung der verschiedenen Verdauungsmomente auf die verschiedenen Nahrungsmittel im Magen und Darm vorstellen. Nicht ein Ferment wirkt auf alle Nahrungsmittel in gleicher Weise verdauend, sondern bestimmte Fermente wirken nur auf bestimmte Arten von Nahrungsstoffen, während sie die anderen unbeeinflußt lassen; so werden die Fette durch andere Fermente, wie Kohlehydrate, und diese wieder durch andere wie die Eiweißkörper verdaut. Manche dieser Fermente sind für sich allein imstande, die aufgenommene Nahrung völlig zu verdauen, andere bedürfen zu diesem Behufe der Mitwirkung einer zweiten fermentartigen Substanz. Werden die Fermente überhaupt nicht oder in ungenügender oder krankhaft veränderter Weise abgeschieden, so leidet natürlich die Verdauung darunter. Ebenso wie im Magen und Darm die aufgenommene Nahrung durch das Fehlen passender oder durch krankhaft veränderte Fermente nicht verdaut und assimilierbar gemacht werden kann, wird das Zustandekommen der Heilung von einer Infektions- oder Intoxikationskrankheit durch das Fehlen und die mangelhafte chemische Einwirkung passender Leukozyten und ihrer fermentartig. Sekrete auf die Krankheitserreger unmöglich gemacht.

Daß die Leukozyten fermentartige Stoffe in ihrem Zellleibe haben und in ihre Umgebung absondern, welche eiweißverdauende Fähigkeit besitzen, ist erwiesen, ebenso sprechen die meisten Untersuchungen dafür, daß sowohl die Antitoxine, wie auch die Bakteriolysine, die sogenannten Immunkörper und die Komplemente ihren Ursprung und ihre Abstammung von den Leukozyten, bezw. bestimmten Arten von Leukozyten oder denjenigen Organen besitzen, welche die Bildungsstätte der betreffenden Leukozyten darstellen.

Die Sekrete der verschiedenen Arten von Leukozyten sind nicht in jedem Blutserum immer schon präformiert vorhanden, sondern bilden sich erst, je nachdem bei irgend einer Gelegenheit eine bestimmte Leukozytenart in Aktion tritt und hiebei ihr Enzym in das Serum ergießt. Diese Tätigkeit braucht nicht bloß hervorgerufen zu sein durch die chemische Einwirkung der Leukozyten gegenüber Krankheitserregern, sondern kann auch ihre Ursache haben in einer anderen, rein physiologischen Funktion der weißen Blutkörperchen, nämlich in der beim Auflösen und der Resorption von Gewebstrümmern und dergleichen veranlaßten erhöhten Sekretion. Ein solches normalerweise in das Blutserum abgeschiedene Leukozytensekret kann möglicherweise zu bestimmten Bakterienarten ebenfalls eine chemische Affinität besitzen und seinen Einfluß zur Geltung bringen. Der Umstand, daß alle Menschen, auch gesunde, niemals erkrankt gewesene, selbst Neugeborene, gewisse Schutzstoffe in ihrem Blutserum aufweisen, spricht nicht gegen unsere Auffassung, sondern bestätigt sie sogar. Denn abgesehen von dem eben erwähnten Auftreten von Leukozytensekreten im Blute infolge der physiologischen Funktionen derselben, gibt es ganz leichte, abortiv verlaufende Erkrankungsformen, die in dem Träger gar keine subjektiven Erscheinungen verursachen und trotzdem vollkommene Immunität hinterlassen, und dann ist es bekannt, daß die Schutzstoffe des mütterlichen Organismus in den Kreislauf des Kindes übergehen, daß das Blut der mit der Muttermilch ernährten Kinder sich als stärker bakterizid erweist, als das der Flaschenkinder.

Entfettungskur unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Herz- und Gefäßapparates.

Von **Dr. Maurus Fisch,** Franzensbad.

Es ist eine feststehende Tatsache, daß allzu großes Körpergewicht zuweilen zu lästigen Zuständen, manchmal sogar direkt zu Krankheiten führt. So wissen wir, daß eine Fettansammlung um die Eingeweide und namentlich um das Herz, die Tätigkeit dieser wichtigen Organe allzu sehr zu beeinträchtigen pflegt.

Der durch die Fettmassen belastete Körper wird mitunter zu schwer für die Beine, so daß eine Ermüdung und allgemeine Trägheit entstehen muß, wodurch es wieder gelegentlich zu Verfettungen wichtiger Muskeln, namentlich des Herzens kommen kann.

Hieraus schon erklärt sich das Bestreben, in all diesen Fällen eine Abnahme des Körpersgewichtes durch Entfettung, und zwar auf Basis der Prinzipien, die mit der Physiologie des Stoffwechsels eng verknüpft sind, zu erzielen.

Da im Leben jedes Wesens grundsätzlich ein steter Wechsel von Einnahmen und Ausgaben stattfindet, und zwar bekanntlich in Einnahmen von Nahrung und Luft und in Ausgaben von für das Leben nötiger Wärme, welch letztere die Körperfunktionen (Herzaktion, Respiration, Drüsentätigkeit, Muskelarbeit im allgemeinen) zu unterhalten hat, so wird es auch unsere Aufgabe sein, nur unter genauer Beobachtung und Wertung des Stoffwechselprozesses unsere Entfettungskuren zu leiten.

Der Wert der Nahrung wird erfahrungsgemäß durch ihren Brennwert (Anzahl von Kalorien) ausgedrückt. Die Wärme läßt sich in Arbeit und letztere wieder in erstere umwandeln. Das mechanische Äquivalent einer Kalorie ist gleich 425·5 *kg* Arbeit.

Der menschliche Organismus ist jedoch nicht imstande, die ganze Anzahl von Kalorien in Arbeit umzusetzen. Bei einer gewissen geleisteten Arbeit wird nach v. Noorden etwa das Vierfache an Spannkräften umgesetzt, d. h. 75% der zur Arbeit umgesetzten Kalorien wird in Wärme verwandelt, welche im breiten Strom vom Körper abgegeben wird.

Die Menge Nahrung des Erwachsenen pro Tag ist mit etwa 2600 Kalorien berechnet worden.

Nach v. Noorden besteht Körperbilanz oder Körpergleichgewicht, d. h. der Organismus nimmt weder zu noch ab, wenn die Einnahmen (an Nahrung) gerade genug sind, um sämtliche Ausgaben zu decken.

Es gilt demnach auch als erwiesen, daß bei einer Mehraufnahme von Nahrung der Organismus die im Überschuß zugeführte Nahrung nicht mehr zersetzt, sondern vielmehr verwertet und als Fett ansetzt, wodurch die sogenannte Fettsucht (Adipositas) entsteht.

Die Fettsucht oder Verfettung ist somit nach der allgemein gültigen medizinisch-wissenschaftlichen Anschauung eine Eigenschaft, in welcher der Organismus gewöhnlich mehr Fett enthält, als der Norm entspricht.

Den erhöhten Fettgehalt im Organismus kann man mikroskopisch oder chemisch-analytisch feststellen. Die mikroskopische Feststellung kann bloß eine quantitative Schätzung abgeben, jedoch keine genaue Bestimmung.

Von den leicht verfettenden Organen ist zunächst der menschliche Herzmuskel zu nennen; diesbezügliche Feststellungen von G. Rosenfeld haben z. B. für den Herzmuskel normalerweise 15·4% Fett ergeben, für den erkrankten Herzmuskel sogar 17·3 bis 24·3% Fettgehalt. Sodann fand er für die Leber 10 bis 20%, für die Nieren im Durchschnitte 17·9%, für die Lungen 17·3%, für die Milz 14·2%, für das Pankreas 15·8 bis 17·4%, welch letzteres bei Vergiftungen noch fettreicher werden kann. Die Gehirn- und Nervensubstanz wurde im allgemeinen als fettarm befunden. Des weiteren konstatierte Rosenfeld, daß bei Vergiftungen nur die Leber, das Herz und Pankreas am meisten verfetten, hingegen die übrigen Organe durch Vergiftungen entweder keine Veränderung des Fettgehaltes oder eher eine Verminderung desselben erleiden.

Bezüglich der Abstammung des Fettes sind die Anschauungen noch vielfach auseinandergehend. Nach Virchow und Voit ist das Fett in Fällen von Fettvermehrung ein neu entstandenes, und zwar aus Eiweiß entstandenes Fett. Pflüger, Athanasius, Taylor, Kraus, Schiff und Rosenfeld wollen dagegen nachgewiesen haben, daß das in den verfetteten Organen auftretende Fett nur ein im Körper bereits vorhandenes sein könne, und zwar das Fett des Depots (in der Haut, Peritoneum, Leber) als sogenanntes Nahrungsfett; weswegen vorgenannte Autoren namentlich die Fettwucherung in der Leber und im Herzen, als durch Einwanderung des Nahrungsfettes entstanden, für erwiesen erachten.

Kisch betrachtet die sogenannte Lipomatosis als ein Degenerationszeichen und hält die Lipomatosis universalis (allgemeine Fettsucht) als übermäßige Ansammlung des Körperfettgewebes für keine Erkrankung sui generis, sondern bloß als ein Symptom verschiedenartiger Veränderungen im Organismus von differentem Ursprunge und differenter Wertigkeit, ja sogar mit differenter Beschaffenheit des Fettes selbst. Als physiologische Symptome besonderer Überernährung sind nach Kisch: Blutfülle und dann anämische Blutbeschaffenheit, herabgesetzte Gewebsatmung, nutritive Störungen infolge von lokalen (Genitalleiden) Stoffwechselvorgängen, wie Klimakterium, Heredität, Alkoholmißbrauch und Syphilis.

Desgleichen gilt auch die Ansicht von H. Leber, daß die Fettsucht nicht nur durch zu reichliche Nahrungszufuhr oder durch zu geringen Verbrauch entstehen kann, sondern daß man auch eine sogenannte konstitutionelle Fettsucht zu unterscheiden hat, die, ähnlich wie Gicht und Diabetes, auf eine ererbte oder erworbene, mangelhafte Zersetzungsenergie der Körperzellen, zum Teil auch aus gewissen sexuellen Vorgängen resultierend, beruht und hiedurch eine Anomalie von Nahrungszufuhr und Nahrungsverbrauch bedingen kann.

So ersehen wir hieraus, wie falsch es wäre, für diese verschiedenen Arten von Fettsucht ein einheitliches Behandlungsschema aufzustellen.

Nachdem wir somit aus den vorhergehenden Erörterungen vernommen haben, wie viele Ursachen die Fettsucht begünstigen, und ferner auch konstatiert haben, daß alle das Gemeinsame haben — wie Ebstein dies besonders betont —, daß ein wohlentwickelter, vom Hause aus gesunder Mensch, um fett zu werden, unbedingt mehr aufnehmen muß, als not-



wendig ist, seinen Körper in dem normalen stofflichen Bestande zu erhalten oder ihn in denselben zu versetzen, und ferner, daß die Fettsucht ihren Grund in der Lebens-, speziell in der Ernährungsweise des betreffenden Individuums hat, so erscheint es auch als folgerichtig, daß wir bei jeder Entfettungskur, um die Fettleibigkeit zu vermeiden, respektive zu beseitigen, gerade das Gegenteil von dem tun müssen, was die Mast begünstigt.

Daraus ergibt es sich schon von selbst, daß zunächst diätetische Maßnahmen, die eine rationell-systematische Ernährungsweise ermöglichen, in erster Reihe in Frage kommen. In dieser Beziehung bemerkt Ebstein auch ganz richtig, daß bei einer Entfettungskur eine Methode, die als eine sogenannte „Kur" nur für kürzere oder längere Zeit gebraucht werden kann, niemals in Betracht gezogen zu werden verdient; da unsere Absicht ja nicht dahin geht, den Patienten bloß vorübergehend zu entfetten, sondern denselben für die Dauer in einem zwar guten Ernährungszustand zu erhalten, dabei aber doch jedenfalls die Wiederkehr des Fettwerdens hintanzuhalten, so müssen die diätetischen Maßnahmen von solcher Beschaffenheit sein, daß sie dem Patienten auch dauernd erträglich sein mögen und er, nachdem er sich einmal mit ihnen vertraut gemacht, sich dabei wohl befindet.

Dieses Ideal einer Entfettungskur ist nach Ebstein nur dann zu erreichen, wenn: 1. Bei der Entfettungskur lediglich das Fett schwindet. Alle übrigen Methoden, bei denen das nicht der Fall ist, weil sie zumeist Entziehungkuren sind, sind zu verwerfen; sie führen auch den Schwund aller übrigen Gewebe und namentlich auch Eiweißverlust herbei, veranlassen somit Inanition und sehr häufig sogar bedenkliche Herzschwäche mit konsekutiven Zirkulationsstörungen. 2. Die Entfettungskur muß in der Praxis möglichst leicht durchzuführen sein, ohne unnütze Entsagungen von seiten des Patienten. 3. Die Behandlung muß wenigstens ihrem Wesen nach auch, nachdem der Schwund des überreichlichen Fettes erzielt worden ist, für die weitere Lebensdauer fortgesetzt werden können, ohne für die Patienten nur die geringsten nachteiligen Folgen zu haben und ohne zu große Einschränkungen von ihnen zu verlangen.

Unter allen Umständen aber gehört zur Durchführung einer Entfettungskur auch die Voraussetzung einer gewissen Energie und Festigkeit von seiten des Patienten, ohne welche der Fettleibige unter dem Einflusse einer wohl stets angeborenen Disposition bei seinen die Fettsucht vorschubleistenden Gewohnheiten kaum irgend einen Erfolg erwarten kann.

Es muß aber auch unter allen Umständen bei der anzuwendenden Diät der erworbenen Fettsucht in irgend einer Weise die seither gehabte überreichliche Einführung von Nährstoffen eingeschränkt werden, wobei jedoch sogenannte „Hungerkuren" in keinem Falle zulässig sein dürften, da bei diesen neben dem Fett stets auch Eiweiß verloren geht. Bei solchen Hungerkuren stellt sich nämlich entschieden eine Blutverarmung ein, welche für die geschwundenen Körperbestandteile unbedingt einen Ersatz fordert, der sodann durch die nunmehr reichlichere Nahrungsaufnahme erfahrungsgemäß zu noch größerem Fettansatze als früher führt.

Demnach sind auch diejenigen Entfettungskuren, die eine Beschränkung der Fettleibigen auf eine einzige Art von Ernährungsstoffen vorschreiben, gewiß ungerechtfertigt, weil kein Mensch dieselben auf die Dauer einzuhalten oder durchzuführen vermag, etwa ähnlich wie die Hungerkuren.

Ich hatte in meinem Vortrage über „Balneotherapie bei cor adiposum" schon ausdrücklich betont, daß die dabei anzuwendende Entfettungskur zunächst gleichzeitig auch die jeweiligen Herz- und Gefäßverhältnisse zu berücksichtigen habe, und möchte es aber auch an dieser Stelle nicht unerwähnt lassen, daß ich auch bei Entfettungskuren der konstitutionellen und Mastfettsucht, selbst wenn keine konstatierbaren Herz- und Gefäßstörungen vorhanden sind, den Herz- und Gefäßapparat gleichzeitig zu berücksichtigen für unbedingt notwendig halte.

Denn es genügt nicht, daß man, wie früher, die Entfettung ohne Eiweißverlust nach Zuntz oder gar nach Bornstein, der bei der gleichzeitigen Fettabnahme sogar eine Eiweißvermehrung als Hauptforderung einer Entfettungskur aufstellt, als Idealmethode bezeichnet, zumal von anderer Seite, z. B. von Hirschfeld, die Möglichkeit einer Entfettung ohne Eiweißverlust direkt bestritten wird. Desgleichen behauptet Rubner, daß beim Erwachsenen es nie zu einer Eiweißvermehrung von erheblichem Umfange gelangen kann, da selbst bei noch so reichlicher Eiweißfütterung das überschüssige Eiweiß sehr rasch durch die einseitig hervortretende, spezifisch-dynamische Wirkung bei geringer Zunahme des Körpergewichtes zur Wärmeproduktion und zum Stillstand des Ansatzes führen.

(Fortsetzung folgt.)

Deutscher Medizinalbeamtentag.

N. In Köln fand die 24. Hauptversammlung des Medizinalbeamtenvereins statt. Dr. Zimbal, Altona, referierte über die Frage der Entmündigung wegen Trunksucht. Er wies auf die Mängel der bestehenden Vorschriften hin. Als unerläßliche Vorbedingung jedes planmäßigen Vorgehens müsse die baldige Bereitstellung genügend großer staatlicher Anstalten bezeichnet werden, die unter abstinenter ärztlicher Leitung mehr den Arbeitskolonien als Irrenanstalten ähneln sollen. Nach der Bereitstellung geeigneter Anstalten müßten örtliche Zentralen organisiert werden, der die vorkommenden Fälle zu untersuchen und dem Ortsarmenverband zur Antragstellung vorzuschlagen hätten. Professor Aschaffenburg, Köln, betonte, daß nicht Trinkerpflegestätten, sondern Trinkerheilstätten geschaffen werden müssen. Vorher habe ein Trunksuchtsgesetz keinen Zweck, dann werde aber schon häufig die Drohung mit Entmündigung genügen, um Trinker zum freiwilligen Eintritt in die Heilstätte zu veranlassen. Kreisarzt Dr. Kirstein, Lippstadt, sprach über die Mitwirkung des Kreisarztes auf schulärztlichem Gebiete. Er begründete die Notwendigkeit einer ärztlichen Überwachung für die Schulkinder nicht nur der städtischen Volksschulen, sondern sämtlicher Schulen ohne Unterschied zwischen Stadt und Land und ohne Unterschied zwischen höheren, mittleren und Volksschulen. Redner legte sodann dar, inwiefern durch die Heranziehung anderer dazu qualifizierter Ärzte die Durchführung einer allgemeinen schulärztlichen Aufsicht, namentlich auf dem platten Lande, in Preußen ermöglicht werden könne. Durch diese erweiterte Tätigkeit des Kreisarztes erwachse ihm allerdings eine erhebliche Mehrarbeit, die ihm die Ausübung von Privatpraxis nahezu unmöglich machen dürfte. Die deshalb billigerweise zu beanspruchende Entschädigung könnte nicht dadurch bewerkstelligt werden, daß entweder allgemein alle nicht voll besoldeten Kreisarztstellen in vollbesoldete umgewandelt, oder daß die Schulverbände bezw. die politischen Gemeinden als die Träger der Schulanstalten, zur Deckung der entstehenden Kosten herangezogen werden. Bei bedürftigen Gemeinden müßte allerdings der Staat Zuschüsse gewähren.

Am zweiten Tage sprach Kreisarzt Dr. Meder, Köln, über die Beaufsichtigung des Verkehrs mit Arzneimitteln und Giften außerhalb der Apotheken. Da die Polizeiorgane nicht die nötige Sachkunde besäßen und die Apotheker doch immer als Partei anzusehen seien, sei der Kreisarzt mit der Revision aller Drogerien zu betrauen, wie das schon in vielen Bezirken eingeführt sei. Natürlich bedürfe er bei den größeren Geschäften der Mithilfe eines pharmazeutischen Sachverständigen, der aber keineswegs ein Apotheker sein müsse. Es könnte auch ein Drogist mit den nötigen Kenntnissen sein, der sein Geschäft dauernd gut und einwandsfrei geführt habe. Die Vorräte der Kammerjäger, die Arzneiwarenniederlagen, z. B. der Krankenkassen müßten mit revidiert werden, da auch bei diesen in der letzten Zeit mehrfach Vernachlässigungen und Unregelmäßigkeiten vorgekommen seien. Die Verordnung vom 22. Oktober 1901, die die Grenze zwischen Apotheke und Drogerie zu ziehen hat, sei in ihrer jetzigen Fassung zu dehnbar und unklar und gebe zu ständigen Streitigkeiten Veranlassung. Daher müsse eine Fassung angestrebt werden,



welche genau angibt, welche Mittel dem freien Verkehr zu überlassen seien. Auch die Polizeiverordnungen seien in vielen Punkten verbesserungsbedürftig, besonders was die Bezeichnung und Aufbewahrung von Arzneimitteln angehe. Beim Gifthandel sei es notwendig, daß die Konzession hiezu nicht eher erteilt werde, als bis der Betreffende nachgewiesen habe, daß er die nötigen Kenntnisse besitze und die gesetzlich vorgeschriebenen Einrichtungen getroffen seien. Redner fordert zum Schluß eine Verschärfung der Strafbestimmungen gegen den ungesetzlichen Handel mit Arzneiwaren und Giften.

P. Fraenkel, Charlottenburg, sprach über den gegenwärtigen Stand des forensischen Spermanachweises.

Dr. Arthur Schulz, Assistent am Institut für Staatsarzneikunde, sprach über Lysolvergiftungen. Er verwies einleitend darauf, daß jetzt das Lysol, das modernste Selbstmordmittel, durch Bundesratsverordnung unter die Abteilung 3 der Gifte eingereiht worden sei, so daß, wenn auch nicht ein Verschwinden, so doch eine erhebliche Einschränkung der Zahl der Lysolvergiftungen zu erwarten sei. Das Lysol hat sich schnell den Ruf erworben, ein vorzügliches Desinfektionsmittel zu sein, es wurde geschätzt wegen seiner im Verhältnis zum Karbol relativen Ungiftigkeit. Man wandte es in der Blütezeit der inneren Asepsis trotz des kaum zu verdeckenden abscheulichen Geschmackes zur inneren Desinfektion und zu Ausspülungen an, und zwar bis zu Dosen von 10 Gramm. Seit der Mitte der neunziger Jahre hörte man nichts mehr von der aseptischen Verwendung des Lysols, erst im vorigen Jahre wieder empfahl ein praktischer Arzt die Verwendung von Lysol gegen Appetitlosigkeit. Die erste Vergiftung mit Lysol ereignete sich 1892 bei einer Brandverletzung. Dann stieg die Zahl der Vergiftungen, sie betrugen 1894: 83 mit 17 Todesfällen. Aber im Jahre 1904 trat eine Zeit der Vergiftungen ein, die geradezu einzig dasteht in der Geschichte der Vergiftungen. In Berlin verging kaum ein Tag, an dem die Presse nicht mindestens einen Fall von selbstmörderischer Lysolvergiftung meldete. Besonders bezeichnend war hiebei das jugendliche Alter der Selbstmörder und die Leichtfertigkeit der Ausübung. Von 24 in der Charité behandelten Fällen kamen 14 auf Mädchen unter 22 Jahren. Im Jahre 1897 war durch Ministerialerlaß den Hebammen gestattet worden, Lysol an Stelle von Karbol zu verwenden. Als sich dabei eine größere Zahl von Vergiftungen ereignete, wurden Verhaltungsmaßregeln bekannt gegeben. Damit wurde zwar die Zahl der Todesfälle an sich vermindert, auf die Selbstmordkandidaten konnten diese Verfügungen aber natürlich keine Einwirkung ausüben. Die Lysolvergiftungen in selbstmörderischer Absicht wurden immer mehr zu einer öffentlichen Kalamität, bis der Bundesrat am 1. Februar ds. die erwähnte Verordnung erließ. Die Giftigkeit des Lysols ist auf Kreosol zurückzuführen, und es hat annähernd dieselbe Heftigkeit wie Karbolsäure. Kreosolsäure und Karbolsäure rufen klinisch genau die gleichen Erscheinungen beim Menschen hervor. Der Redner bespricht dann die Erfahrungen, die man beim Institut für Staatsarzneikunde an den zahlreichen (20) obduzierten Leichen von Lysolselbstmördern gemacht hat. Der Vortragende zeigt an zahlreichen Präparaten die Einwirkung des Lysols auf die einzelnen menschlichen Organe. In der Debatte über das Thema Lysolvergiftungen wurde aus der Versammlung heraus die Meinung vertreten, daß, wenn auch derjenige, der ernstlich die Absicht eines Selbstmordes habe, Mittel und Wege finden werde, ihn auszuführen, so doch mit Rücksicht auf die festgestellte hohe Zahl von Vergiftungen, die in der ersten Aufregung begangen worden sind, eine Erschwerung des Bezuges von Lysol nur zu begrüßen sei.

III. Referate.

Erkältung. Von Prof. Dr. K. Chodounsky, Prag.

Ch. faßt seine Ergebnisse wie folgt zusammen: Die Frage, ob Erkältung eine Disposition zu Infektionskrankheiten schaffen kann u. zw. in erster Linie dadurch, daß sie den latenten Mikrobismus zum Leben anzufachen imstande wäre, ist zu verneinen.

Die Auslösung einer Erkältungskrankheit nach einem Erkältungstrauma geschieht nach der allgemein geltenden Annahme prompt, was eine rasch zu erlangende Virulenz des latenten Mikrobismus voraussetzen würde; diese Möglichkeit ist nach dem bisherigen wissenschaftlichen Ergebnisse völlig unwahrscheinlich, ja unmöglich.

Durch Versuche wurde erwiesen, daß alle natürlichen Abwehrvorrichtungen des Organismus auch durch intensive, die Wärmeregulation störende Abkühlungen nicht alteriert werden.

Ch.'s Tierversuche haben dargetan, daß auch abgeschwächte, aber noch immer ziemlich virulente Kulturen, entsprechend dem Organismus einverleibt, durch intensive Abkühlung desselben keine erhöhte Virulenz erlangen und meine Selbstversuche haben gezeigt, daß ein latenter Mikrobismus des Menschen (kulturfähige und pathogene Bakterien) selbst durch solche Kälteeinflüsse unberührt bleibt, welche an Intensität und Dauer sämtliche Erkältungsfaktoren übertreffen.

Weitere Stützen gegen die Bedeutung der Erkältung, als für Infektionskrankheiten disponierend, ist die außer allem Zweifel konstatierte Unabhängigkeit der Morbidität der letzteren von Erkältungsgelegenheiten (Witterung u. a.), ihre Frühlingsakme gegenüber dem Herbstminimum, die niedrige Morbidität in kalten Monaten (November, Dezember, Jänner) und die geographische Verbreitung mit Hinsicht zur Rauhigkeit oder Milde des Klimas.

Dagegen ist die Verbreitung der infektiösen „Erkältungskrankheiten“ in vollem Einklang mit Infektionsgelegenheiten, wie sie der menschliche Verkehr oder die günstigen Bedingungen für die Entwicklung des extrahumanen Mikrobismus schaffen.

Die Möglichkeit einer direkten pathogenen Wirkung der Erkältung erwies sich ebenso unhaltbar. Die supponierte Bedeutung der reflektorischen Hyperämie nach Kältereizen brach durch erhärtete Versuchsergebnisse und durch therapeutische Erfahrungen zusammen, eine Störung der Wärmeökonomie als Ursache von Krankheiten kann nach Erkältungsfaktoren beim Menschen nicht zustande kommen und eine Auslösung von Krankheiten durch lokale Kältewirkung (Neuralgien, Paresen, akute Affektionen der Atemwege) konnte durch Versuche nicht annähernd wahrscheinlich gemacht werden. Pathologisch-anatomische Veränderungen der inneren Organe wurden auch dann nicht zustande gebracht, wenn man normale Tiere durch Eisbäder zu Tode abgekühlt hat.

Für die Erkältungstheorie erübrigen nur die überraschend positiven Versuchsergebnisse von Dürck, Lassar, Affanazjew u. a. an Tieren, deren Vitalität aufs gröbste beeinträchtigt wurde, und jener, deren Versuchsanordnung jeder Analogie der Erkältung widersprach und endlich auf Krankenangaben und Selbstbeobachtungen, die unter der Wucht der herrschenden Theorie registriert werden. (Wr. klin. Wochschr. Nr. 20, 1907.)

*

Über die Blutdruckmessung bei Menschen. Von H. J. Bing, Kopenhagen.

Man versteht unter dem Blutdruck bei einem Individuum, wenn nicht anders angegeben wird, den Blutdruck in der Aorta. Er hängt von verschiedenen Faktoren ab, nämlich von der Arbeit des Herzens, dem Widerstand in der Peripherie, der Blutmenge und der Viskosität des Blutes. Der Aortendruck läßt sich bei dem Versuchstier mittels eines Manometers in einem der von der Aorta ausgehenden Blutgefäße leicht messen. Hiedurch wird der Enddruck in diesem Blutgefäße gemessen, und man erhält auf diese Weise den Seitendruck in der Aorta. Da der Druck in den ersten Verästelungen nur ein wenig sinkt, wird das Anbringen des Manometers in eine derselben, praktisch gesehen, nur eine kleine Rolle spielen; jedenfalls werden sich auch hier die Veränderungen des Aortendrucks deutlich abspiegeln. Man kann z. B. mittels eines Manometers in der Arteria brachialis



die Schwankungen des Aortendrucks beobachten. Wenn der Manometer hinlänglich feinfühlend ist, kann man sowohl den Minimaldruck (den diastolischen Druck) als den Maximaldruck (den systolischeu Druck) bestimmen, wie man auch durch den Kompensationsmanometer den Mitteldruck bestimmen kann.

Es mußte natürlich von der größten Bedeutung sein, sowohl für physiologische Untersuchungen als für die Klinik einen Apparat zu haben, mittels dessen man den Blutdruck (das heißt den Aortendruck) bei Menschen leicht messen konnte. Der erste dieser Art, welcher leicht anwendbar war, wurde im Jahre 1880 von v. Basch konstruiert. Auch später wurden zahlreiche andere Blutdruckapparate konstruiert, teils zur Verbesserung, teils zur Ergänzung des v. Baschschen. Die meisten dieser Apparate gehen auf das Messen des Maximalblutdruckes aus und, obgleich die Konstruktion derselben in vielen Richtungen verschieden ist, ist das ursprüngliche Prinzip doch beibehalten: die Kompression einer peripheren Arterie durch Druck entweder von einem Kautschukballon (v. Basch), der gegen die Arterie gedrückt wird, oder von einer Kautschukmanschette mit doppelten Wänden (Riva-Rocci), welche, um eine Extremität gespannt, aufgeblasen wird, bis man den Puls peripherisch nicht länger fühlen kann. Der dazu notwendige Druck wird auf einem mit dem Kautschukapparate verbundenen Manometer abgelesen.

Man hat auch Methoden gefunden zur Bestimmung des Mittel- und Minimaldruckes; das wird aber hier, wo Autor beabsichtigt, sich nur mit der Bestimmung des systolischen Druckes näher zu beschäftigen, nicht berühren.

Es ist doch notwendig, die größte Kritik anzuwenden, wenn man, wie hier, die unmittelbare Blutdruckmessung mit dem Manometer durch andere Methoden ersetzen will, die nur mittelbar die Aufklärungen geben können, welche wir von der Größe des Druckes in der Aorta suchen. Man ist auch darüber klar gewesen, und es ist von verschiedenen Verfassern besprochen worden, mit welchen Fehlerquellen wir hier zu tun haben. Man hat sodann denjenigen Fehler klein gefunden, welchen man dadurch erhält, daß man, anstatt des Ablesens des Druckes, das Kommen und das Verschwinden des Pulses in der Art. radialis fühlen muß. Derjenige Fehler ist auch klein, welcher dadurch entsteht, daß die Weichteile Widerstand gegen das Zusammendrücken leisten.

Viel wichtiger ist ein von Sahli eingehend besprochener Umstand. Er hebt hervor, daß es eigentlich nicht der Druck im Gefäße ist, den man mißt, sondern derjenige Druck, welcher notwendig ist, um die Pulswelle peripherisch von der Manschette zum Schwinden zu bringen. Es war wahrscheinlich, daß diese Größen in einem gewissen Verhältnisse zueinander standen; es war aber keineswegs eine Tatsache, daß sie zusammenfielen. Sahli meint indessen auf dem Wege der Diskussion nachweisen zu können, daß sie beinahe zusammenfallen. In derselben Richtung deuten auch verschiedene Versuche. Dieselben wurden teils auf einem künstlichen Kreislauf, teils auf Versuchstieren ausgeführt, wo man an der einen Seite den Blutdruck direkt mittels eines Manometers in der Arterie gemessen hat, an die andere Seite einen Kompressionsapparat angebracht hat. Es muß aber hervorgehoben werden, daß die Übereinstimmung in den Tierversuchen in keiner Weise immer vollständig ist. Die letzten vergleichenden derartigen Versuche wurden von Fellnen und Rudinger an Hunden ausgeführt. Sie benutzten Hürthles Tonograph, der in die eine Carotis oder Arteria cruralis angebracht wurde, während der Apparat von Riva-Rocci an die andere Unterextremität angelegt wurde. Es zeigte sich, daß die Zahlen für Druck an beiden Seiten beinahe vollständig zusammengingen. Ferner zeigten die Versuche, daß man mit dem Apparat von Riva-Rocci viel niedrigere Zahlen bekommt als durch direkte Messung in der Karotis und etwas niedrigere Zahlen, als man in der Arteria cruralis an der anderen Seite findet. Die Blutdruckmessung gibt also, wie schon oben gesagt, nicht absolut richtige Zahlen.

Doch kommt noch eine Möglichkeit vor, daß unsere Messung des Blutdruckes auf die angeführte Weise mit Fehlern behaftet sein kann.

Es wurde erwähnt, daß man den Blutdruck in der Aorta zu finden bezweckt, und daß wir ihn durch Messung des Enddruckes in der Art. brachialis zu finden suchen. Ist es aber dieser Enddruck, den wir mittels des Riva-Roccischen Apparates bestimmen? In der Literatur hat Autor über diese Frage wenig gefunden. Gumprecht, einer der ersten, die eine größere Untersuchungsreihe mit dem Apparat ausgeführt haben, meint, daß man dadurch den Enddruck in der Art. radialis mißt, gibt aber keinen Beweis dafür. So wie die Bestimmung vorgenommen wird, könnte es ebenso gut der Seitendruck sein, den man mißt. Die Beantwortung dieser Frage ist natürlich von entscheidender Bedeutung für die Schätzung der durch Verwendung des Apparates erreichten Resultate. Wenn es der Seitendruck ist, den wir messen, wird derselbe nicht allein vom Drucke in der Aorta abhängig sein, sondern auch vom Kontraktionszustande, in welchem sich die Gefäße befinden, die peripherisch von der zusammengeschnürten Stelle liegen. Eine plötzliche starke Erweiterung der kleinen Arterien unterhalb der Kompressionsstelle würde z. B. einen Druckfall ergeben, der einem Falle des Druckes in der Aorta gar nicht zu entsprechen brauchte, weil eine Kompensation anderswo eintreten konnte. Wenn man einen Apparat von Riva-Rocci auf jedem Arm anbrächte, würde man beobachten, daß der Druck an den beiden Seiten nicht gleich wäre, wenn Veränderungen in den peripheren Gefäßen an der einen Seite einträten, welche sich an der anderen Seite nicht fänden. An der Seite, wo sich die Gefäße erweiterten, würde ein Druckfall eintreten, während an der anderen Seite der Druck unverändert bliebe.

Ist es aber der Enddruck, den wir messen, werden die Druckschwankungen an beiden Seiten gleich sein und mit dem Druck in der Aorta zusammenfallen oder parallel sein.

Autor hat nun zur Lösung dieser Frage eine Reihe Versuche vorgenommen, indem er beinahe gleichzeitig an beiden Seiten den Blutdruck mit Apparaten nach dem Prinzip von Riva-Rocci bestimmte, während der eine oder der andere Arm durch thermische Einwirkungen gereizt wurde.

Das Resultat seiner Untersuchungen faßt Autor folgendermaßen zusammen: Der Druck, den man mit den üblichen klinischen Druckapparaten mißt, ist von dem Kontraktionszustande abhängig, in welchem die unterhalb der Kompensationsstelle liegenden Gefäße sich befinden, so daß Veränderungen im Lumen dieser Gefäße imstande sind, eine Druckveränderung hervorzurufen, ohne daß eine entsprechende Veränderung im Aortendruck notwendigerweise stattfindet.

Dieses läßt sich folgendermaßen kurz ausdrücken: Mittels der genannten Blutdruckapparate wird nicht, wie man gewöhnlich angenommen hat, der Enddruck in der Arteria brachialis, sondern der Seitendruck in dieser Arterie gemessen. (Berl. klin. Woch Nr. 52.)

*

Die Pathologie, Diagnostik und klinische Bedeutung der Extrasystole des Herzens. Von Prof. Adolf Bickel, Berlin.

Von den beiden Phasen der Herztätigkeit ist die Systole dadurch ausgezeichnet, daß während ihrer Dauer, das heißt bis zur maximalen Kontraktion, der Herzmuskel sich gegen Reize irgendwelcher Art, die an ihn herantreten, unempfänglich erweist (Marey). Diese „refraktäre" Phase der Herzaktion steht im Gegensatz zu der anderen, die der Dauer der Diastole entspricht und in der der Herzmuskel erregbar ist, erregbar für die physiologischen Impulse, die den Herzmuskel zu seiner normalen rhytmischen Kontraktion veranlassen, wie auch für Reize, die aus sonst irgend einem Grunde den Herzmuskel erreichen und zur Tätigkeit antreiben. Diese zweite Kategorie von Reizen kann man den „physiologischen" oder „Ursprungsreizen" gegenüberstellen und bezeichnet sie kurzerhand als „Extrareize". Trifft ein solcher Extrareiz den Herzmuskel in seiner erregbaren Phase, so antwortet der Muskel mit einer Kontraktion, und zwar findet diese Kontraktion in



dem Umfange und mit der Stärke statt, in denen der Muskel sie in dem betreffenden Augenblicke ausführen kann. Wird das Herz durch einen Ursprungsreiz oder Extrareiz erregt, so gibt es eben entweder alles, was es überhaupt zu geben vermag, oder es befindet sich in der refraktären Periode und antwortet dann überhaupt nicht (Kronecker).

Diejenige Kontraktion, die auf einen Extrareiz erfolgt, bezeichnet man als „Extrakontraktion“. Sie stellt eine Herzsystole dar, die zwischen die physiologischen Systolen eingeschoben wird, und diese abnorme Systole heißt „Extrasystole“.

Was zunächst die Art der Extrareize betrifft, so können sie sehr mannigfaltiger Natur sein. Wenn wir experimentell am freischlagenden Herzen Extrasystolen erzeugen wollen, so bedienen wir uns des elektrischen Stromes; auch mechanische und wahrscheinlich gleichfalls thermische und chemische Reize vermögen Extrasystolen auszulösen. Veränderungen in den Widerständen des Kreislaufes, auf die ja der Herzmuskel in der Norm schon mit erstaunlicher Promptheit bei der Art und Weise der Ausführung seiner Kontraktionen reagiert, können unter besonderen Verhältnissen durch damit Hand in Hand gehende Druckverschiebungen in den Herzhöhlen, besonders durch eine Widerstandssteigerung bei der Entleerung des linken Ventrikels eine Extrareizung des Herzens auslösen. Haben wir es mit organischen Erkrankungen des Herzens zu tun, in deren Verlauf Extrasystolen auftreten, so wird man sich sehr wohl vorstellen dürfen, daß entzündliche Prozesse im Herzmuskel oder daß eine vom Perikard oder Endokard ausgehende Reizung zu Extrasystolen führen. Endlich muß man daran denken, daß auch die allgemeine Erregbarkeit des Herzens eine Rolle spielt, daß ein Herz mit gesteigerter Erregbarkeit auf Reize mit Extrakontraktionen reagieren kann, auf die ein normal-erregbares Herz noch nicht antwortet. So hängt der Erfolg einer Extrareizung einmal von der Reizgröße, aber auch von der Anspruchsfähigkeit des Herzens ab.

Über den Angriffsort der Extrareize wissen wir — vor allem auf Grund der experimentellen Untersuchungen H. E. Herings — so viel, daß Extrasystolen nicht durch eine Reizung zentrifugaler Herznerven unmittelbar hervorgerufen werden können.

Diese Erörterungen über das Wesen und den Angriffsort der Extrareizung führen uns zu der Frage, unter welchen Umständen wir Extrasystolen beim Menschen beobachten.

Vor allem ist daran festzuhalten, daß Extrasystolen sowohl bei organisch gesundem wie auch bei organisch krankem Herzen auftreten können, ferner sieht man sie bei langsamem Herzschlag häufiger als bei raschem.

Es gibt Individuen, bei denen aus unbekannter Ursache gelegentlich eine Extrasystole erscheint, ohne daß man bei ihnen etwa das Recht hätte, deshalb von einer Herzneurose zu sprechen. Diese Menschen sind daran gewöhnt, daß ihr Herz von Zeit zu Zeit einmal einen unregelmäßigen Schlag tut und empfinden die Störung überhaupt nicht als etwas Krankhaftes.

Indessen sind das Ausnahmen. Der Arzt muß doch immer daran festhalten, daß jede Extrasystole eben immer der Effekt einer abnormen Reizung oder einer abnormen Anspruchsfähigkeit des Herzens für normale Reize ist; und das bedeutet immer etwas Pathologisches.

Das Auftreten von Extrasystolen knüpft bei einer anderen Gruppe von Patienten an gewisse Entwicklungsphasen des Körpers an. In den Pubertätsjahren, bei weiblichen Individuen vor allem zur Zeit der ersten Menses, dann während der Gravidität, im Klimakterium beobachtet man diese Herzarhythmie gar nicht so selten. Ferner sieht man sie bei sonst gesunden Personen nach ungewöhnlichen körperlichen und geistigen Anstrengungen auftreten.

Venerische Exzesse können ebenso zu Extrasystolenarhythmie führen wie Abusus in Alkohol oder übermäßiges Tabakrauchen.

Daß Masturbation zu funktionellen Herzstörungen führen kann, ist bekannt. Auch extrasystolische Arhythmie tritt danach auf.

Eine weitere Gruppe von Patienten, bei denen wir Extrasystolen beobachten, sind solche, die an allgemeinen Neurosen, besonders an Neurasthenie und Hysterie leiden. Es kann sich eine bestehende Herzneurose gerade in dem Auftreten von Extrasystolen dokumentieren; allerdings findet man dann gewöhnlich auch andere Zeichen der Neurasthenie oder Hysterie, aber die Krankheitserscheinungen seitens des Herzens stehen im Vordergrunde des Symptomenkomplexes. Auch bei diesen Individuen lösen oft besondere Gelegenheitsursachen die Extrasystolen mit Vorliebe aus; psychische Vorgänge spielen darunter eine große Rolle. Aber das Pathologische haben wir wohl hier nicht so sehr in der Zufuhr abnormer Reize, als vielmehr in einer gesteigerten Anspruchsfähigkeit des Herzens zu suchen, die zur Ausbildung von Extrasystolen führt.

Von den Herzarhythmien, die bei allgemeinen Neurosen auftreten, muß man diejenigen klinisch trennen, die reflektorisch entstehen, und zwar von anderen Organen des Körpers aus, bei deren Erkrankungen. Bei diesen sogenannten reflektorischen Herzstörungen sieht man Extrasystolen gar nicht so selten; vor allem disponieren Erkrankungen des Magens und des Darmes dazu. Man hat sich allerdings die Extrasystole in diesen Fällen nicht als die Folgen einer direkten Reflekwirkung auf das Herz vorzustellen, sondern die betreffende Organerkrankung führt nach dem, was ich oben über den Angriffspunkt der Extrareize sagte, wahrscheinlich nur mittelbar zu der Auslösung der Extrasystole.

Die Extrasystole bei organischen Erkrankungen des Herzens hat wegen der Verschiedenheit des Grundleidens eine wesentlich andere klinische Bedeutung als diejenige, die nur der Ausdruck einer bestehenden funktionellen Störung ist. Es gibt kaum ein organisches Herzleiden, bei dem Extrasystolen nicht auftreten könnten. Auch in allen Stadien eines solchen Leidens vermögen sie sich einzustellen, indessen sieht man sie besonders häufig dann, wenn dem Herzmuskel Erschöpfung droht. So beobachten wir Extrasystolen meist allerdings im Verein mit andersartigen Arhythmien gerade bei den schweren Erkrankungen des Myokards, bei Dilatation des Herzens mit Klappeninsuffizienzen und -Stenosen. Wie weit der eine Herzfehler mehr dazu disponiert als ein anderer, ist noch nicht sichergestellt, obschon einige Angaben darüber, besonders von Mackenzie, bereits in der Literatur vorliegen.

Die klinische Bedeutung der Extrasystole des Herzens und besonders auch der prognostische Wert der Diagnose geht aus alledem zur Genüge hervor. Auf Grund ihrer alleinigen Feststellung kann man keine Vorhersage wagen, denn die Extrasystole ist eine Erscheinung, die bald fast noch auf der physiologischen Breitengrenze steht, und sie kann ein Symptom sein, das die Erlahmung des Herzmuskels uns ankündet.

Durch den tieferen Einblick, den uns vor allem die klassischen Arbeiten Engelmanns heute in die Physiologie der Herzbewegung zu tun gestatten, sind wir in der Lage, den Mechanismus der Extrasystole so weit klarzulegen, daß wir fast den gesamten klinischen Symptomenkomplex dieser Herzarhythmie aus der Art der Störung und ihren notwendigen Konsequenzen erklären können.

Es ergibt sich, daß in der Norm der Angriffspunkt für die physiologischen Reize am Herzen die Venensinus sind. Wenn auch eine Heterotopie dieser Reize, worauf Engelmann zuerst hinwies, unter besonderen Bedingungen am Herzen möglich ist, so spricht doch, wie Hering betont, nichts dafür, daß die die Extrasystolen auslösenden Extrareize vorzeitige, an abnormen Orten auftretende Ursprungsreize sein können.

Die charakteristischen klinischen Symptome der Extrasystole: die vorzeitige kleine Arterienpulswelle, die Erscheinungen am Venenpuls, der verstärkte Spitzenstoß und der paukende erste Ton, die verlängerte Diastole mit ihrer Blutdrucksenkung und einer möglichen vorübergehenden Gehirnanämie und endlich die vergrößerte postkompensatorische



Systole lassen sich aus dem Mechanismus der Störung wie aus dem Angriffsort und der Angriffszeit des sie erzeugenden Reizes ableiten. Wie weit die von den Patienten allerdings in verschieden hohem Maße geklagten subjektiven Beschwerden: Stoß in der Herzgegend, Erschütterung der Brust, vom Herzen nach dem Kopfe aufsteigende Sensationen und dergleichen mehr auf eine Erregung der sensiblen Herznerven zurückzuführen sind, ist eine Frage, die nicht eher zu entscheiden sein dürfte, als bis wir überhaupt über die Fortleitung sensibler Erregungen auf dem Wege der zentripetalen Herznerven zu dem Organe des Bewußtseins genauer unterrichtet sind.

Das Studium der Extrasystole des Herzens zeigt uns aber auch zugleich, wie fruchtbringend sich die kombinierte Aufnahme von Arterienpuls, Venenpuls und Spitzenstoß in der Pathologie des Herzens erweist. Es ist das Verdienst Mackenzies, diese kombinierte Untersuchungsmethodik zuerst in systematischer Weise am Krankenbette durchgeführt zu haben. Indessen ist es auch ohne den komplizierten Untersuchungsapparat, der zu derartigen Kurvenzeichnungen notwendig wird, für den Arzt vielfach schon möglich, durch synchrone Auskultation des Herzens und Pulszählung, wie unter Berücksichtigung der anderen obengenannten klinischen Symptome die Diagnose der Extrasystole mit hinreichender Sicherheit zu stellen. Es genügt, wenn man überhaupt die Extrasystole diagnostiziert; die Feststellung der besonderen Form, ob es eine aurikuläre, atrio-ventrikuläre oder ventrikuläre Extrasystole in dem jeweiligen Falle ist, hat nur ein sekundäres, mehr theoretisches Interesse.

Es ist endlich hier noch darauf hinzuweisen, daß in dem sporadischen oder gehäuften Auftreten von Extrasystolen die extrasystolischen Herzarhythmien überhaupt sich nicht erschöpfen.

Durch eine Extrasystole kann ja der Pulsschlag verdoppelt werden: die Herzbigeminie, die durch die Extrasystole erzeugt wird, führt dann zu einem Pulsus bigeminus; Hering steht sogar auf dem Standpunkte, daß jeder Pulsus bigeminus, der auf einer Herzbigeminie beruht, Extrasystolen ihren Ursprung verdankt. Auch für die Fälle von kontinuierlicher Bigeminie ist das wahrscheinlich. (Berl. klin. Woch. Nr. 52.)

IV. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 19. April 1907.

Siegmund Erben stellt die in der Sitzung vom 7. März 1907 von Salomon demonstrierte Kontrakturstellung der rechten Hand vor. Erben hält diesen Fall keineswegs wie Salomon für eine Athetose, sondern neigt der Ansicht zu, daß es sich um ein hysterisches Krankheitsbild handle, denn man finde bei diesem Falle Zonen am Mittelfinger und an der Streckseite des Vorderarmes, die anästhetisch sind. Auch die Anamnese spreche für Hysterie.

Hans Salomon und Alfred Fuchs sind nicht dieser Ansicht, sondern halten den vorgestellten Fall für eine organische und keineswegs hysterische Erkrankung.

Hermann Schlesinger demonstriert einen 22jähr. Kranken mit multiplen Augenmuskellähmungen und schwerem Diabetes insipidus im Verlaufe eines Skorbuts. Die Lähmungen betrafen beide Nervi abducentes und partiell den linken Okulomotorius (Rectus superior und inferior). Die anderen Hirnnerven waren frei, es bestand keine Extremitätenlähmung; Hirndrucksymptome und allgemeine Hirnsymptome fehlten außer Erbrechen. Die Spiegeluntersuchung ergab zahlreiche, um beide Papillen angeordnete Blutungen in der Retina, respektive Chorioidea. Ganz besonderes Interesse dürfte aber ein weiteres Hirnsymptom beanspruchen, das im unmittelbaren Anschlusse an den Beginn der Hirnaffektion in Szene trat, nämlich Polyurie, die im Verlaufe von zirka einer Woche kontinuierlich wuchs von einem Liter auf mehr als zwanzig Liter täglich. Zucker, Eiweiß fehlten dauernd, das spezifische Gewicht des Harnes betrug zumeist 1.001. Diese Beobachtung lehrt von neuem, daß sich beim Menschen nach Läsionen der Gebilde der hinteren Schädelgrube Diabetes insipidus entwickeln kann. Der Patient wurde alsdann mit Strychnininjektionen behandelt, jedoch war eine Verminderung der Harnmenge nur durch gleichzeitige gewaltsame Reduktion der Flüssigkeitszufuhr zu erzwingen.

Rudolf Schmidt zeigt anatomische und bakteriologische Präparate eines Falles von Dünndarmlymphosarkom unter besonderer Berücksichtigung des Vegetationsbildes der Fäzes. Vortr. glaubt in einzelnen Fällen das reichliche Auftreten von „Milchsäurebazillen“ in den Fäzes unter Berücksichtigung der übrigen klinischen Symptome für die Diagnose „Magenkarzinom“ verwenden zu können. Bei dem Patienten, von dem das Präparat stammt, zeigte sich bei der Untersuchung der Stühle in Gramfärbung ein Vegetationsbild, welches „Milchsäurebazillen“ fast in Reinkultur aufwies. Die Autopsie ergab den typischen Befund einer lymphosarkomatösen Infiltration im obersten Anteile des Jejunum, wodurch es daselbst zu einer von starren Wänden begrenzten, kindskopfgroßen Erweiterung gekommen war. Wie die bakteriologische Untersuchung des Inhaltes daselbst ergab, hatte sich in diesem „Pseudomagen“ eine üppige Milchsäurebazillenvegetation entwickelt und hier war also die Brutstätte der in den Fäzes so enorm reichlich auftretenden Milchsäurebazillen.

Herm. Schlesinger frägt, ob die Diät einen Einfluß auf die Menge der Milchsäurebazillen gehabt hat.

Schmidt erwidert, daß er alimentäre Einflüsse auf die jeweilige Milchsäurebazillenvegetation nie habe nachweisen können.

Auch Emil Zak teilt mit, daß er in einigen Fällen von Karzinom im Stuhle eine starke grampositive Flora nachweisen konnte. Übereinstimmend mit Schmidt ließ sich dieser Befund auch bei einem Falle von Tuberkulose des Darmes erheben. Dagegen habe er zwei Fälle von Enteritis mit reichlich weiße und rote Blutkörperchen enthaltendem Schleim in den diarrhoischen Entleerungen beobachtet, die in bezug auf die grampositive Flora sich ebenso wie die früher erwähnten Fälle verhielten. Man müsse deshalb bei der Benützung dieses Symptomes zur Stellung der Diagnose Vorsicht walten lassen.

Karl Glaeßner: Über die Funktion der normalen und pathologischen Leber. Bei schweren Erkrankungen der Leber treten im Harn oft eigenartige Kristalle auf, die als Aminosäuren, als Leuzin und Tyrorin erkannt werden. Vortragender dachte nun, daß es vielleicht gelinge, durch Verabreichung von Aminosäuren ein Kriterium für ihre normale Verbrennung und Überführung in Harnstoff zu gewinnen und bei Schädigung der harnstoffbildenden Funktion der Leber eine Ausscheidung der Aminosäuren als solche nachzuweisen. Es wurden untersucht Fälle von Stauungsfettleber, Leberkarzinom, Leberzirrhose und Lebersyphilis, dann einfacher Ikterus und Phosphorleber. Die Ergebnisse waren überraschend: Stauungsleber und einfacher Ikterus verbrannten die zugeführten Aminosäuren wie gesunde. Die Fettleber brachte etwa 20—30% der Aminosäuren zur Ausscheidung, höchste Ausscheidung trat bei Zirrhosen, Phosphor- und Lebersyphilis auf, dagegen ließ das Leberkarzinom die Aminosäuren ebenso gut in Harnstoff übergehen, wie die gesunde Leber. Die Versuche wurden an Menschen angestellt und dauerten 3 Tage — Vor-, Haupt- und Nachperiode.

Richard Bauer hat in vielen Fällen von Ikterus, die er auf alimentäre Galaktosurie untersuchte, je nach der Art des Ikterus sehr bedeutende Unterschiede in der Galaktoseausscheidung gefunden.

Alois Strasser frägt erstens, ob die Menge der Aminosäuren, welche im Harne nicht erschien, tatsächlich zur Vermehrung von Harnstoff geführt hat, und zweitens, ob die Versuchsindividuen nach Leuzinfütterung nicht Glykosurie bekamen.



Glaeßner erwidert, daß die Harnstoffbestimmungen vorgenommen worden sind und tatsächlich auch hier die Differenz zum Ausdrucke kam. Zuckeranalysen sind bei dem Harne nach Leuzinfütterung nicht angestellt worden.

Verein für innere Medizin zu Berlin.

Sitzung vom 7. Jänner 1907.

Boas demonstriert das Präparat einer Darmlipome. Die Darmlipome gehören zu den großen Seltenheiten, dasselbe wurde spontan ausgestoßen. Es stammt von einem 55jährigen Pat., der seit einem Jahre über häufige aber vorübergehende Leibschmerzen klagte. Sonst anamnestisch nicht von Belang. Objektiv fand sich nur eine deutlich geschwollene Leber (Malaria). Keine Milzschwellung. Untersuchung per rectum war negativ. Boas verordnete eine Karlsbader Kur, doch verschlimmerten sich die Beschwerden. Sein Allgemeinbefinden hätte sich verschlechtert. Da trat ein merkwürdiges Ereignis ein. Unter starker Steigerung der Schmerzen fühlte Pat., wie sich etwas im Körper löste. und verlor dann den Tumor. Lipome des Darmes sind sehr selten. Die Lipome geben oft zu Invaginationen Veranlassung und können Darmobstruktionen mit schweren Erscheinungen erzeugen. Hier liegt ein gestieltes Lipom vor. Daher ist der Stiel unter Schmerzen losgerissen; er gab zu heftigen Koliken Veranlassung.

Wohlgemuth: Über Untersuchungen an einem Menschen mit Pankreasfistel. Über die Tätigkeit des Pankreas beim Menschen wissen wir noch sehr wenig. Über das Pankreas des Hundes hat Pawlow und seine Schule genaueres berichtet. Ellinger und Cohn haben sich bemüht, die verschiedenen Ernährungsregimes in ihrem Einfluß auf die Pankreassekretion zu prüfen. Aber bei ihrem Kranken war Sekretion sehr unregelmäßig und die Resultate daher unzuverlässig. Glässner fing zuerst den Pankreassaft aus dem Ductus Wirsungianus auf. Die Tätigkeit der Drüse ist durch drei Fermente, Lipase, Trypsin und Diastase, bedingt. Letzterer verdankt der Saft die Fähigkeit, Stärke in Dextrin zu verwandeln, der Lipase Fett in Glyzerin und Fettsäuren zu zerlegen. Nun ist die Lipase nicht in ihrem ganzen Umfange aktiv, sondern nur der größere Teil. Erst durch Zutritt der Galle wird auch der Rest aktiviert. Das ist durch die Anwesenheit der Cholsäuren bedingt. Das dritte Ferment, das proteolytische, befindet sich im Pankreassaft vollständig inaktiv. Erst durch Vermischung mit dem Darmsaft wird es völlig aktiv. W. hat dem Kranken nüchtern Kohlenhydrate, Eiweiß und Fett unter möglichstem Ausschluß anderer Nährstoffe gegeben, dann eine Stunde gewartet, wie der Pankreassaft im nüchternen Zustande abfließt, und von Stunde zu Stunde den Saft in einzelnen Portionen aufgefangen. Nach Zwieback, Tee und Zucker steigt die Sekretion in der zweiten Stunde an, in der dritten und vierten Stunde fällt sie ab. Nach Beefsteak steigt die Sekretionsmenge nicht ganz so hoch, in der zweiten Stunde wird das Maximum erreicht. Dann bekam Pat. Sahne und Milch. Das gab ebenfalls einen An- und Abstieg. Die maximale Sekretion war immer in der zweiten, spätestens in der dritten Stunde erreicht. Sie war nach Verabfolgung von Kohlenhydraten am stärksten, nach Fetten am schwächsten. In der Mitte steht die Eiweißkostwirkung. Die Versuche ergaben also, daß man es in der Hand hat, die Drüsensekretion zu steigern oder zu hemmen. Das geschieht durch das Nahrungsregime. Will man eine Pankreasfistel zum Verschwinden bringen, so gibt man eine streng diabetische Kost: Fett und Eiweiß, unter Ausschluß von Kohlenhydraten. Dazu gibt man doppeltkohlensaures Natron.

In der Diskussion bemerkte Karewski, daß die Fisteln sehr schwer heilen. Es war ein junger Mensch, der durch Überfahren eine Zerquetschung des Pankreaskopfes erlitten hatte. Aber die Fistel sonderte täglich 400 *cm*³ Saft ab. Der bisher blühende Mensch, der nie fieberte usw., war furchtbar abgemagert. Die beste Ernährung half nichts. Es hat sich nun durch Herrn Wohlgemuths Studien mit Sicherheit herausgestellt, daß man es in der Hand hat, die Sekretion zu beschränken. Es ist unter dem antidiabetischen Regime möglich gewesen, daß in 4—5 Tagen die geringste Saftmenge und die beste Verdauung erzielt wurde. Es ist die Sekretion zwar nicht völlig versiegt, aber man konnte den jungen Menschen 1—4 Tage ohne Verbandwechsel belassen, obwohl er ein Drain in der Fistel hatte. Als K. das Drain entfernte, dauerte es vier Wochen bis zum Schluß der Fistel. Aber das in den Darm entleerte Sekret genügte, um die Arbeit des Darmes völlig zu erledigen. Er bekam sein altes Gewicht nicht nur wieder, sondern ist noch um 5 Pfund darüber hinausgegangen.

Lewandowsky stellt einen Fall von Hämatomyelie vor. Der 15 Jahre alte Patient war noch 24 Stunden vor dem Eintritt ins Krankenhaus damit beschäftigt, in einer Fabrik schwere Ballen zu heben und zu tragen. Beim Heben eines solchen bekam er zwischen den Schulterblättern plötzlich einen stichartigen Schmerz und brach dabei wie vom Blitz getroffen zusammen. Er war wie gelähmt. Der Urin mußte durch Katheter entleert werden. Bei der Aufnahme bestand totale Lähmnng des rechten Beines und leichtere des linken; Hände völlig gelähmt, ihre proximalen Teile weniger befallen. Auch in den höher gelegenen Teilen, besonders rechts bestehen Störungen. Totale Sympathikuslähmung rechterseits; Pupille und Lidspalte eng. Der erste und zweite Dorsalwirbel auf Druck schmerzhaft. Eine akute Myelitis schien unwahrscheinlich, denn der Beginn war zu plötzlich; es fehlte das Fieber. Eine Spondylitis war nicht auszuschließen, weil die Wirbelsäule partiell schmerzhaft war, aber die Schmerzhaftigkeit war unbedeutend. Auch die Röntgendurchleuchtung ergab keinen Anhalt. Tuberkulose war nicht vorhanden. Es blieb also nur die Hämatomyelie, eine Blutung ins Rückenmark. Sie ist durch die Symptome zu erklären. Derzeit besteht noch atrophische Lähmung der rechten Hand; sämtliche kleinen Handmuskeln und die Strecker sind betroffen. Von anderen Störungen der Leitungsbahnen ist zu nennen eine leichte Parese der rechten Seite; es besteht eine dissozierte Empfindungslähmung der linken Seite, Schmerzsinn und Temperatursinn sind herabgesetzt. Der Kranke kann sich fortbewegen.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Jänner 1907.

Baginsky zeigt ein Kind, das während eines Keuchhustens erblindete und taub wurde. Pupillenreflexe waren anfänglich erloschen, kehrten aber nach einiger Zeit wieder, ebenso verschwand die Abblassung der Pupillen und die Verwaschenheit ihrer Grenzen. Aus dem Erhaltenbleiben des Pupillenreflexes glaubt B., daß die Veränderungen nicht irreparabel seien, und in der Tat beginnt das Kind jetzt wieder auf Lichtreize sowie intensiv schrille Töne zu reagieren. Freilich sei es unsicher, bis zu welchem Grade die Besserung gehen werde. Die allmähliche Besserung läßt es als wahrscheinlich erscheinen. daß es sich um multiple Blutungen handle, wie solche bei Keuchhusten öfter vorkommen.

Lassar demonstriert Pat., die er mit Radium oder Röntgenstrahlen behandelt hat. Hauptsächlich handelt es sich um Kankroide der Haut, die unter dieser Therapie schnell abheilten; einzelne sind jahrelang rezidivfrei geblieben. Er zeigt auch die Moulagen, die vor Einleitung der Behandlung angefertigt wurden. Ferner wurden noch zahlreiche andere chronische Hautaffektionen dieser Behandlung unterworfen, so chronische Ekzeme, Mycosis fungoides usw. Auch der Naevus vasculosus eignet sich nach Lassar zur Lichtbehandlung. Endlich sah er auch bei einem Fall von Pseudohypertrophia musculorum durch Bestrahlung Heilung eintreten. Was nun die verschiedenen Behandlungsarten anlangt, so ist die Finsenbehandlung überaus langwierig und erfordert große Geduld von seiten des Arztes sowohl wie des Patienten. Die Röntgenbehandlung führt schneller zum Ziele, bei einiger Aufmerksamkeit des Arztes kann sie nie zu einer Schädigung des Pat. führen. Die Radiumbehandlung endlich ist völlig gefahrlos.

In der Diskussion bemerkte Zondek, daß eine der demonstrierten Pat., die angeblich an einem rezidivierenden



Mammakarzinom litt, vor etwa vier Jahren operiert wurde. Es konnte damals auch die histologische Untersuchung die Malignität der Geschwulst nicht mit Sicherheit ergeben. Da indessen der maligne Charakter des Tumors nicht mit Sicherheit auszuschließen war, wurde die Mammaamputation angeschlossen und die Axillardrüsen ausgeräumt. Nach etwa zwei Jahren kam die Pat. wieder mit zwei ulzerierten Stellen in der Operationswunde und Drüsenschwellungen. Auch jetzt erwiesen sich die exzidierten Ulzerationen makroskopisch als nicht auf Karzinom verdächtig, die mikroskopische Untersuchung ist leider unterblieben. Es sei also nicht sicher, daß es sich in diesem Falle um ein Karzinom gehandelt habe.

Lassar erwidert: Ob ein Karzinom in diesem Falle vorgelegen hat oder nicht, jedenfalls ist durch die zahlreichen anderen Fälle bewiesen, daß auch Karzinome der Rückbildung fähig sind.

V. Literatur.

Sechzig Jahre ärztlicher, amtlicher und schriftstellerischer Tätigkeit. Von Schwartz. Köln 1907. J. P. Bachems Verlag.

Auf wenigen Seiten gibt Verf. den Extrakt seines reichen Lebens. Ein Leben reich an äußerer Auszeichnung und Erfolg, auch reich an Anerkennung durch die Kollegen. Diese neidlose Anerkennung durch die Kollegen ist wohl der beste Beweis für die hervorragenden Geistesgaben und Charaktereigenschaften des Autors. H.

Die Heilkunde. Von Kunow. (Heft VIII der Verdeutschungsbücher des Allgemeinen Deutschen Sprachvereins.) Berlin 1907. Verlag des Allgemeinen Deutschen Sprachvereins.

Eine fleißige Zusammenstellung aller in der Literatur verstreut vorkommenden Verdeutschungen fachlicher Ausdrücke, vermehrt um nicht wenige Ausdrücke, um deren Übertragung der Verf. sich bemühte. Verf. zeigt die Überflüssigkeit vieler Kunstausdrücke, die Notwendigkeit anderer beweist er gerade durch einige kühne Verdeutschungen. Z. B.: Intubation (Rötung), Albino (Weißling), Mikroskop (Vergrößerungsröhre). L.

Über Wesen und Ursachen der Geschwülste. Prof. Borst, Göttingen. (Aus Würzburger Abhandlungen usw. VI, 8/9.) Würzburg, A. Stubers Verlag. 1906.

In kurzen Worten gibt Verf. eine Definition des Begriffes Geschwulst, er zeigt die Mangelhaftigkeit der bisherigen Entstehungstheorien der Geschwülste im allgemeinen und zeigt insbesondere die Haltlosigkeit der verschiedenen Entdeckungen der Krebsparasiten. Trotz des geringen Umfanges ist das Heft eine ausgezeichnete Einführung ins Studium der Onkologie. L.

VI. Aus der Praxis.

Über Jod-Fersan. Von Dr. Alexander Alpar. (Publikation aus dem Kinder-Ambulatorium der Poliklinik in Budapest. Vorstand Primarius Dr. Brück.) Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung, LII., Nr. 8, 1907.

Verfasser gelangt auf Grund seiner klinischen Versuche zu dem Ergebnisse, daß Jod-Fersan-Kinder-Pastillen sich durch angenehmen Geschmack, stets gleichbleibende Dosierung und vorzügliche Resorption auszeichnen. Jod-Fersan verdirbt den Appetit keineswegs, wie Syr. ferri jodat oder Oleum jecoris, sondern wirkt im Gegenteil ausnahmslos appetitanregend, bessert den Ernährungszustand und ruft weder Diarrhöen noch Stuhlverstopfung hervor.

Verordnet wurden täglich 2 bis 5 Pastillen, je nach der Indikation. Die Kinder haben die Pastillen gerne genommen und gut vertragen. Besonders indiziert bei Skrophulose und Rachitis.

Bei einer Patientin, welche 2 Tage vorher einen chirurgischen Eingriff in der Chloroformnarkose durchgemacht hatte, beobachtete von Lint hochgradige Lichtscheu und lebhafte Schmerzen am rechten Auge infolge einer zwei Drittel der Hornhaut bedeckenden Ulzeration. Diese Ulzeration hing nicht mit dem Hineinfallen eines Chloroformtropfens, sondern mit der wiederholten Prüfung des Hornhautreflexes während der Narkose zusammen, wobei das Epithel der Hornhaut geschädigt worden war. Die Prüfung des Kornealreflexes ist sowohl unnütz als auch schädlich, unnütz deshalb, weil das Verschwinden des Hornhautreflexes keinen sicheren Maßstab für die Tiefe der durch die Chloroformnarkose erzielten Anästhesie abgibt, und schädlich, weil wiederholte Berührungen der Hornhaut zum Zwecke der Prüfung des Reflexes das Epithel schädigen und eine Eingangspforte für verschiedene Infektionen schaffen können. Es wurden nicht nur Hornhautgeschwüre, sondern auch in einem Falle Gangrän der Hornhaut beobachtet. Die Gefahr einer Schädigung der Hornhaut ist namentlich dann gegeben, wenn die Operierten durch die vorangegangene Krankheit, durch die lange Dauer der Narkose oder eine profuse Blutung geschwächt sind.

Die Arhovin-Therapie in der Urologie. Von Dr. Arthur Weiss, em. Assistenten der urologischen Abteilung der allg. Poliklinik in Wien.

Die Bedeutung des Arhovins für die Behandlung der Gonorrhoe der Harnwege hat von urologischer Seite schon volle Anerkennung gefunden. Den zahlreichen Arbeiten, die dem Arhovin vor allen anderen internen Mitteln den Vorzug geben, reiht sich die vorstehende Arbeit rückhaltlos bestätigend an. Eine Reihe ausführlich berichteter Krankengeschichten bringt die therapeutischen Eigenschaften des Arhovins in klarer Weise zum Ausdruck. Was Verf. zunächst bewog, Arhovin in Anwendung zu ziehen, war die absolute Reizlosigkeit des Mittels, das nach dem einstimmigen Urteil aller Autoren trotz mehrwöchigem Gebrauches den Magendarmkanal nicht im geringsten ungünstig beeinflußt und keine Nierenreizung bedingt. W. schließt sich diesem vollkommen an und schätzt den Wert des Arhovins um so höher ein, als er gerade die unangenehmen Nebenwirkungen der Balsamika in einem schweren balsamischen Exanthem mit hochgradigen Magenstörungen, bei anderen Patienten als starke dyspeptische Erscheinungen zu beobachten Gelegenheit hatte. Im übrigen legen die eminent schmerzlindernde und anästhesierende Wirkung des Arhovins bei Urethritis anterior und posterior, Urethrozystitis und Zysto-Pyelitis, die rasche Sekretionsverminderung bei akuten und chronischen gonorrhoischen Prozessen, das bald zu beobachtende Fehlen der Gonokokken nach Arhovingebrauch auch im provokatorischen Sekret, wie sie aus den geschilderten Fällen deutlich hervorgehen, ein beredtes Zeugnis ab von der therapeutischen Dignität des Arhovins. Der anästhesierende Einfluß machte sich auch in einem Falle von Epididymitis in auffallender Weise auf den entzündeten Hoden geltend, auch bei Prostatahypertrophie mit — trotz fortgesetztem Gebrauches von Hexamethylentetramin — ammoniakalischem Urin bewährte sich das Arhovin, indem es den Urin sauer machte und anästhesierend wirkte.

W. empfiehlt das Arhovin auf Grund seiner Erfahrungen angelegentlichst und erklärt, daß es „als Antigonorrhoikum den Balsamizis unbedingt vorzuziehen ist". (Deutsche Mediz.-Zeitung 1906, Nr. 34.)

VII. Notizen.

Hochschulnachrichten. Wien. Der Kaiser hat dem außerordentlichen Professor der Laryngologie und Rhinologie an der Universität in Wien, Dr. Chiari, den Titel und Charakter eines ordentlichen Universitätsprofessors verliehen.

Berlin. v. Winckel in München beabsichtigt mit dem Schluß des Sommersemesters aus seiner Lehrtätigkeit zu scheiden; wegen seiner Nachfolge wird, wie verlautet, mit Geheimrat Bumm unterhandelt. — Als Dozenten habilitierten sich für Hygiene Prof. Dr. Morgenrot, Schüler von Geheimrat Ehrlich in Frankfurt a. M., und für Physiologie Dr. G. F. Nicolai, Assistent am physiologischen Universitätsinstitut. — Prof. Dr. M. Litten, Extraordinarius für innere Medizin an der Universität Berlin und dirigierender Arzt am Städtischen Krankenhause, ist im 62. Lebensjahre gestorben. Er war der Entdecker des nach ihm benannten „Zwerchfellphänomens".

Breslau. Prof. Kümmel in Hamburg hat einen Ruf als Nachfolger von Prof. Garré erhalten, aber abgelehnt.



Jena. Der Privatdozent Dr. Th. Dependorf, Direktor der zahnärztlichen Poliklinik an der hiesigen Universität, hat einen Ruf als a. o. Professor der Zahnheilkunde sowie als Leiter der zahnärztlichen Universitätsklinik in Leipzig erhalten und angenommen.

Zwickau. Prof. Dr. Otto Lubarsch, Vorstand des Pathologisch-bakteriologischen Instituts am kgl. Krankenstift in Zwickau, hat die Berufung als Professor an die Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf und Leiter des Pathologisch-anatomischen Instituts an den dortigen Krankenanstalten angenommen.

Zum Andenken an Fritz Schaudinn, den berühmten Protozoenforscher, dem die Wissenschaft die epochemachende Entdeckung des Syphiliserregers verdankt, soll periodisch (voraussichtlich alle zwei Jahre) am Todestage des so früh verstorbenen Gelehrten eine „Fritz Schaudinn-Medaille für hervorragende Arbeiten auf dem Gebiete der Mikrobiologie" verliehen werden. Die Protozoenkunde und Bakteriologie nicht zu trennen, sondern als Bakteriologie zusammenzufassen, war stets das Bestreben Schaudinns. Die Verleihung der Medaille soll durch das Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg, die letzte Wirkungsstätte Schaudinns, stattfinden. Ein Fonds steht bereits zur Verfügung. Bei der Verleihung der Medaille sollen hervorragende Gelehrte des In- und Auslandes mitwirken.

Die älteste Abbildung der Staroperation. In der Berliner Ophthalmologischen Gesellschaft sprach, wie wir der Berliner Klinischen Wochenschrift entnehmen, Hirschberg über die älteste Abbildung der Staroperation. Die Griechen hatten illustrierte Werke über Medizin und Naturwissenschaften, von denen aber nicht viel übrig geblieben ist; von fünf augenärztlichen Büchern haben wir sichere Kunde, aber keins ist uns erhalten. Die Araber verfaßten von 870 bis 1370 mindestens 30 Lehrbücher der Augenheilkunde, von denen 13 noch existieren. Hunain bringt die erste Abbildung des Auges, Salah ad-din reproduziert augenärztliche Instrumente, wie die Nadel zum Ansaugen des Weichstars, ferner optische Figuren und den Kreuzschnitt durch das Auge; da die Mohammedaner die Abbildung des Lebenden verabscheuen, so bringt auch dieser Autor keine bildliche Darstellung des Starstiches. Halifa (etwa um 1255) bildet u. a. ungefähr 36 Augeninstrumente ab. Neupersische Schriftsteller bringen keine Bilder, Salomon aus Toledo keine der Staroperation. Das Mittelalter bis ins 17. Jahrhundert ist in dieser Beziehung ganz unfruchtbar. Georg Bartisch ist der erste Illustrator des Starstichs, aber er macht denselben Fehler wie Rembrandt auf seinem Bilde „Tobias heilt seinen Vater von der Blindheit": er läßt die Linke nicht den Bulbus (Augapfel) fixieren, sondern auf der Stirn ruhen. In einer 103 Jahre später erschienenen Neuauflage dieses Werkes kehrt derselbe Fehler wieder. Erst Lorenz Heister (1713) bringt eine richtige Darstellung.

Die feierliche Eröffnung des X. Kongresses Russischer Ärzte zum Andenken an Pirogow fand am 8. Mai in Moskau statt. Es nahmen an dem Kongresse zirka 1000 Ärzte teil. Prof. Dr. Rein eröffnete als Präsident der Pirogowgesellschaft den Kongreß mit einer Rede, in welcher er die Tätigkeit der Gesellschaft in der letzten Zeit skizzierte. Hierauf wurde zum Ehrenpräsidenten des Kongresses der Direktor des Petersburger weiblichen medizinischen Instituts Prof. Dr. Salaskin gewählt. Den ersten Vortrag hielt Professor Dr. Sabolotny über die Erfolge in der Behandlung der Syphilis in Rußland. Am Abend begann die Arbeit in den Sektionen. Obschon die Verwaltung der Pirogowgesellschaft davon benachrichtigt ist, daß der Minister des Innern die Einberufung des X. Pirogowkongresses nur unter der Bedingung gestattet hat, daß über die für den Kongreß bestimmten Fragen in den Grenzen des Programms verhandelt wird, und daß der Kongreß beim ersten Versuch, von seinen Aufgaben abzuweichen, sofort geschlossen werden wird, so hat doch, wie wir aus den telegraphischen Mitteilungen ersehen, ein Arzt Kabanow gleich in der ersten Sitzung der Sektion für öffentliche Gesundheitspflege in seinem Vortrage, in welchem er die Degeneration des Volkes konstatierte, die Bildung spezieller Kommissionen beantragt, um sich mit der Agrar-, Arbeits- und anderen Fragen zu befassen. Vernünftigerweise lehnte jedoch die Majorität diesen Antrag ab, da sich der Kongreß bei der Existenz der Reichsduma mit solchen Aufgaben nicht zu befassen habe. Die allgemeinen Sitzungen des Kongresses finden im Theater „Bouffes" statt, da es der Verwaltung bis kurz vor Eröffnung des Kongresses nicht gelungen war, ein passendes Lokal ausfindig zu machen, denn die Direktionen der Adelsversammlung und des Konservatoriums, deren Räume in erster Linie für die Zwecke des Kongresses in Betracht kamen, hatten sich geweigert, ihre Lokale für den Kongreß zu vermieten. (St. Petersb. Med. Woch. Nr. 13, 1907.)

IX. Bibliographie.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten. 9. Bd. 2. Heft.

Untersuchung der Nasenatmung und des Gehörs in der Schule. Von Dr. Ensch, Brüssel. Übersetzt von Dr. König, Konitz. Verlag C. Marhold, Halle a. S. 1907. Mk. 0.50.

Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin. 7. Bd. 5. Heft.

VIII. Offene Stellen.

Niederösterreich. In der Sanitätsgemeindegruppe Reidling, politischer Bezirk Tulln, kommt die Gemeindearztesstelle mit 1. Juli 1907 zur Besetzung. Die Sanitätsgemeindegruppe umfaßt die Gemeinden Reidling, Hasendorf und Ponsee mit zusammen 1657 Einwohnern und 34·77 *km*² Flächenraum, Gemeindebeiträge 234 K, bisherige Subvention des n.-ö. Landesausschusses 800 K. Außerdem stellt die Gemeinde Reidling dem Arzte eine freie Wohnung in einem neuen Hause bei. Haltung einer Hausapotheke erforderlich. Bewerber um diese Stelle haben ihre Gesuche bis längstens 15. Juni dieses Jahres bei dem Bürgermeister in Reidling einzubringen.

Steiermark. Die Distriktsarztesstelle in Mariazell, Bezirkshauptmannschaft Bruck a. M., ist neuerlich in Erledigung gekommen. Der Sanitätsdistrikt umfaßt die Gemeinden Hallthal, Mariazell und St. Sebastian mit 3301 Einwohnern auf 152 *km*² und beträgt die Gesamtsumme der fixen Bezüge des Distriktsarztes 2066 K jährlich. Gesuche sind bis 15. Juni l. J an Vorgenannten zu richten. Mariazell, am 15. Mai 1907.



bewährt in allen Krankheiten der **Atmungs-** u. **Verdauungsorgane**, bei **Gicht, Magen** u. **Blasenkatarrh.** Vorzüglich für Kinder, Rekonvaleszenten u. während der Gravidität.

Erziehungshaus
für schwachbegabte, schwachsinnige und nervöse Kinder

in **Perchtoldsdorf** bei Wien.

Pensionat, Schule und Heilanstalt.

Ärztliche Aufsicht. Direktor: **Frz. Salzlechner.**

Prospekt frei. Sprechstunden Sonntag von 10—4 Uhr.

Ungarisch-Kroatische See-Dampfschiffahrts-Aktien-Gesellschaft in Fiume.

Über Fiume führt die kürzeste und wegen der Fahrt zwischen den Inseln entlang die vor Seekrankheit am besten geschützte Route nach

Dalmatien

Regelmäßig Fahrten **jeden Tag** mittels der den größten Komfort bietenden u. elektrisch beleuchteten Dampfer. Zur Logierung werden „Hotel Bristol“ in Zara und „Hotel Imperial“ in Ragusa bestens empfohlen.

Genaue Fahrordnung siehe in Waldheim's Kondukteur Nr 593—604.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

CASCOFERRIN

enthaltend 1·5% Triferrin (Knoll) in aromatisiert. Cascara-Auszug.

Neues, die Darmtätigkeit anregendes Eisenpräparat

von vorzüglichem Geschmack und prompter Wirkung bei **Chlorose, Anämie, Rekonvaleszenz.**

Prospekte gratis. Preis per Flasche 2 Kronen.

Fabrikant: **Aeskulap-Apotheke, Breslau I., (E. Weigert).**

Das erste Moorbad der Welt

FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge.
Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heißluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, mediko-mechanisches Institut, Inhalatorium.

Österreichs hervorragendstes Herzheilbad.

Bewährt bei: Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.

Saison Mai bis September. *Prospekte gratis.*

Thymomel Scillae.

(Name gesetzlich geschützt.)

Ein nach ärztlicher Vorschrift mit Honig bereitetes Extrakt des Thymus Serpyllum und Scilla, welches bei **Keuchhusten, Kehlkopf, Bronchialkatarrhen, Emphysem** etc. gute Dienste leistet und **billiger und dabei gleichwertig dem ausländischen Pertussin ist.**

Erzeugt B. Fragner's Apotheke, Prag 203-III.

Erhältlich in allen Apotheken.

Begutachtet und empfohlen von vielen praktischen Ärzten und Spezialisten für Kinderkrankheiten.

Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1906 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—;** nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—.**

Medizinischer Zeitungsverlag

Telephon 22152. **Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.**

MYCODERMIN

(Mycoderma)

Bierhefe in kaltem Luftstrom getrocknet, mit größter chem. Aktivität, da Zellen intakt erhalten. Indiziert bei:

Furunkulose, Akne, Urticaria (Darmstörungen)
Diabetes, Erysipel

in Blechdosen à 100 g = K 2·50 in den Apotheken erhältlich.

Den p. t. Ärzten Versuchsproben gratis.

Chem. Fabrik J. Blaes & Co., Bregenz (Vorarlberg)

Lindau (Bayern), **Hirson** (Frankreich), **Como** (Italien).

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
$XIX/_1$, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
$XIX/_1$, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien $XIX/_1$, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 25. Wien, 22. Juni 1907. **Nr. 25.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Über die sexuelle Enthaltsamkeit.

Von **Dr. O. Schreiber.**

Die Revisionsbestrebungen, die unser ganzes modernes Leben ergreifen, machen selbstverständlich auch vor der sexuellen Frage nicht halt. Der Verarummel ist noch in unser aller Gedächtnis. Das Merkwürdige aber ist, daß nicht nur Blaustrümpfe, sondern auch Männer der Wissenschaft, und sogar Ärzte, über die Tolstoi die volle Schale seines Zornes ausschüttete, weil sie den Koitus manchen Patienten empfehlen, die sittliche Forderung der sexuellen Abstinenz erheben.

Ich kann bei alldem nicht ein Gefühl des Mißbehagens los werden. Fehlt diesen Männern die Aufrichtigkeit oder haben sie ganz an die stürmischen Wallungen ihrer Jugend vergessen? Und glauben sie wirklich, daß die salbungsvollen Ermahnungen, die neuerdings den Abiturienten an reichsdeutschen Mittelschulen mit auf den Weg gegeben werden, die natürlich anmutig mit der schwärzesten Schilderung angedeuteter Krankheiten und der Prostitution untermengt sind, auch nur einen in der Stunde der Versuchung von Fehltritten abhalten werden, wenn auf der anderen Seite nichts als die sexuelle Abstinenz und in ferner Zukunft die hingebende Gattin steht?

Ich will nicht mißverstanden werden. Die Schäden der venerischen Krankheiten, der Sumpf der Prostitution brauchen einem Arzte nicht erst vorgeführt werdon. Die sexuelle Abstinenz bis zum 18. Jahre halte ich ebenso für erstrebenswert, und nicht einmal schwer durchführbar, trotz des Schattens der Onanie. Wie aber ein Arzt glauben kann, daß die Jugend über 18 Jahre durch irgendwie geartete Belehrungen von dem geschlechtlichen Verkehr abgehalten werden kann — wobei ich es dahingestellt sein lasse, ob die sexuelle Abstinenz gesundheitsschädlich ist oder nicht, da im gegebenen Moment ein vollkräftiger Jüngling nicht danach fragt — ist mir ein Rätsel, wobei ich natürlich abnorme Konstitutionen oder Situationen (strenge Aufsicht in Pensionaten oder Internaten) ausnehme.

Und in welch seltsamem Kontrast steht die Bewegung, welche die sexuelle Abstinenz verlangt, mit einer ebenso modernen, welche die sexuelle Aufklärung der Jugend verlangt? Wie reimt sich das zusammen. Alles soll der Jüngling, der in der Blüte seiner Jahre steht, wissen, aber nichts erfahren; das hält wohl auf die Dauer nicht stand. Und fürchtet man wirklich nicht, den Teufel mit dem Beelzebub auszutreiben, das Heterosexuelle zu unterdrücken, um das Homosexuelle wachzurufen?

Der praktische Arzt braucht keinen geschlechtlichen Verkehr zu predigen; das besorgt das Leben selbst. Es wäre auch traurig um Mutter Natur bestellt, wenn sie sich von einigen weltfremden Geistern den mächtigsten und ursprünglichsten ihrer Triebe wegdisputieren ließe. Aber ebenso verkehrt wäre es, Abstinenz zu predigen, die doch nicht befolgt wird, und auch nicht befolgt werden kann. Aber sexuelle Hygiene soll er lehren, eindringlich, verständlich und unermüdlich. Wie am besten diese gepflegt wird, darüber lassen sich keine allgemeinen Regeln aufstellen; sie sind nach Ort und Zeit verschieden. Aber sie sind sicher wirkungsvoller als Moralpredigten, über die der Redner, wäre er jung, vielleicht selbst insgeheim gelacht hätte.

Diese Gedangen flogen mir unwillkürlich durch den Kopf, als ich Ludwig Jakobsohns Rundfrage in der Petersburger medizin. Wochenschr. Nr. 11, 1907 las. Welch großer Aufwand wurde hier schmählich vertan; das muß ich bei aller Achtung vor den angeführten Autoritäten sagen. Noch einmal will ich, bevor ich die wichtigsten Äußerungen Revue passieren lasse, betonen, daß vor allem eine Fragestellung eine schlechte ist, die zu erfahren sucht, ob die geschlechtliche Enthaltsamkeit schädlich ist. Nicht darum handelt es sich. Es handelt sich vor allem darum, ob geschlechtliche Enthaltsamkeit natürlich oder widernatürlich ist.

Dies betont auch E. Pflüger, Bonn. Wie er schreibt, fehlt es an sicheren Tatsachen, um auf die gestellten Fragen eine zuverlässige Antwort zu geben; „wenn aber alle Autoritäten der Welt die Unschädlichkeit der Enthaltsamkeit behaupteten, würde das keinen Einfluß auf die Jugend haben. Denn hier sind Gewalten im Spiele, die jedes Hindernis durchbrechen.“

Dann folgen Autoren, die ihre Meinungen in ganz kategorischer Form äußern. So hält Prof. Muchin die Meinung über den schädlichen Einfluß sexueller Enthaltung für ein völlig unbegründetes Vorurteil, ja noch mehr — für ein in ethischer und sanitärer Hinsicht gefahrvolles Vorurteil. Prof. Kräpelin, München, hält die geschlechtliche Enthaltsamkeit nicht für schädlich. „Auf der anderen Seite ist der Nutzen, der in der Vermeidung geschlechtlicher Ansteckung liegt, soweit der außereheliche Verkehr in Betracht kommt, „augenfällig.“



Nicht minder bestimmt äußern sich über die Unschädlichkeit der sexuellen Enthaltung der Hygieniker Gärtner, Jena, und Psychiater Cramer, Göttingen: „die sexuelle Enthaltsamkeit halte ich für junge Leute nicht für schädlich" (Gärtner); „die sexuelle Enthaltsamkeit ist für junge Männer vor der Ehe nicht schädlich" (Cramer).

Die Hygieniker Schottellius, Freiburg, und Gaffky, Berlin, sendeten J., statt einer Antwort auf meine Fragen, je ein Exemplar des bekannten Aufrufes an die akademische Jugend, unterzeichnet von den Professoren H. Buchner, E. v. Esmarch, Finkler, B. Fischer, C. Flügge, Forster, C. Fränkel, Gärtner, Gaffky, M. Gruber, Heim, K. B. Lehmann, Lode, Löffler, A. Neisser, L. Pfeiffer, R. Pfeiffer, Prausnitz, Schottelius und Wyss. Im Aufruf steht bekanntlich geschrieben, „nach tausendfachen Erfahrungen kann eine weise Zurückhaltung und Beschränkung im geschlechtlichen Verkehr beobachtet werden ohne jeden Schaden für die körperliche und geistige Entwicklung des heranwachsenden jungen Mannes" (aber nicht Abstinenz, Anm. d. Autors.)

Der Hygieniker Finkler, Bonn, meint, daß die geschlechtliche Enthaltsamkeit und Enthaltung für junge Leute und Männer nicht schädlich, sondern für Körper und Geist nützlich ist. Ausübung des Geschlechtsgenusses durch normalen Beischlaf beim Weibe sollte man erst vom 20. Lebensjahre dem Manne gestatten; jede andere Art der Befriedigung des Geschlechtstriebes aber dem jungen Manne fernhalten.

Lassar, Berlin, hält die geschlechtliche Enthaltsamkeit bei jungen Leuten durchaus für unschädlich. Hiemit stimmt, nach Lassar, vollständig überein, daß es zahlreiche Berufsstände, Lebenslagen und Lebensperioden gibt, in welchen tausendfach die Probe auf dieses Exempel gemacht werden mußte und gemacht worden ist.

Nach Seiferts, Würzburg, Erfahrungen ist die geschlechtliche Enthaltsamkeit für junge Männer nicht schädlich. Seifert kennt hunderte von jungen Leuten und Männern, dazu gehört unter anderen der größere Teil der protestantischen Geistlichkeit, welche bis zum Eingehen der Ehe ohne jeden Schaden für ihre Gesundheit sich des Geschlechtsgenusses enthalten und enthalten haben.

Gruber, München, hat sich vergeblich um Tatsachen umgesehen, welche die Schädlichkeit der Enthaltsamkeit für gesunde Männer beweisen würden, allerdings hat er auch nur sehr wenige junge Männer kennen gelernt, deren Versicherung der Enthaltsamkeit er Glauben schenken konnte! Für nützlich hält Gruber die geschlechtliche Abstinenz nur im jugendlichen Alter bis zur vollen Reife. Doch wird auch dem Halbreifen, soviel Gruber sehen konnte, nur die Unmäßigkeit schädlich. Vom rein physischen Standpunkte aus — alle sozialen Momente bei Seite gelassen — muß man, nach Gruber, zugestehen, daß die Befriedigung des Geschlechtstriebes, soweit er sich ohne künstliche Stachelung kräftig regt, das Naturgemäße wäre. Aber zwischen „naturgemäß" und „schädlich" liegt ein breiter Raum, in dem unsere ganze Kultur Platz gefunden hat" (?). Im übrigen verweist Gruber auf seine Broschüre „Hygiene des Geschlechtslebens", Stuttgart, Ernst Heinrich Moritz.

Nach Brieger, Berlin, läßt sich im allgemeinen ein Urteil in betreff der Schädigung der Gesundheit durch geschlechtliche Enthaltsamkeit nicht abgeben; doch sind Brieger Fälle sicher bekannt, wo Leute bis zur Ehe, einer bis zum 32. Lebensjahr, ohne Schädigung der Gesundheit geschlechtlich sicher enthaltsam gewesen sind.

v. Jürgensen, Tübingen, hält die geschlechtliche Enthaltsamkeit an sich gewiß nicht für schädlich. Es können Bedingungen gegeben sein, wo sie einen weniger günstigen Einfluß üben kann; dahin rechnet v. Jürgensen, daß Störungen der Nachtruhe durch lange dauernde heftige Erregungen sich einstellen. Allein dann wird die Änderung der äußeren Lebensverhältnisse genügen, um die Störungen zu beseitigen (?). Vorausgesetzt, daß das sittliche Gefühl genügend stark ist.

Hoffmann, Leipzig, hält die geschlechtliche Enthaltsamkeit für junge Leute nur für nützlich. Er hat die Idee, daß eine solche vor der Ehe schädlich sei, nur für etwas anderes genommen, als für eine Redensart solcher Leute, die an sich selbst ihre Ausschweifung durch Scheingründe entschuldigen wollen. Die Gefahr, daß die Enthaltsamkeit zur Onanie führt, ist unzweifelhaft erfunden, aber Onanie ist doch nicht so gefährlich wie Gonorrhoe, geschweige wie Syphilis, und ist bei gutem Willen und passender Lebensweise immer genügend in Schranken zu halten.

Nach v. Strümpell, Breslau, ist die geschlechtliche Enthaltsamkeit für junge Männer nicht direkt, wohl aber indirekt nützlich, da sie die Gefahr der venerischen Ansteckung beseitigt und die jungen Leute auch vor mancherlei sittlichen Gefahren bewahrt. Die geschlechtliche Enthaltsamkeit ist als solche sicher nicht schädlich. Wo sie schädlich zu sein scheint, wird man nach v. Strümpells Ansicht die anscheinenden Folgen wohl auch auf andere Weise erklären können. Dabei ist natürlich nicht ausgeschlossen, daß v. Strümpell die Ausübung der geschlechtlichen Tätigkeit von einem gewissen Alter an (durch Heirat) für das Normale und daher stets Wünschenswerte hält. Die geschlechtliche Enthaltsamkeit gibt zwar nicht selten Anlaß zur Onanie, doch darf auch dieser Schaden, nach v. Strümpell, nicht übertrieben hoch angeschlagen werden. Die geschlechtliche Enthaltsamkeit als solche ist nach v. Strümpells Erachten in keinem Alter schädlich. (Fortsetzung folgt.)

Entfettungskur unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Herz- und Gefäßapparates.

Von **Dr. Maurus Fisch**, Franzensbad.

(Fortsetzung.)

Nach diesen vielfach auseinandergehenden Anschauungen in der Auswahl und Einschränkung der Hauptnahrungsmittel wird heute mit Recht die von v. Noorden vertretene Ansicht allgemein akzeptiert, die dahin geht, daß man nicht mehr das Recht hat, diese Nahrungsmittel als fettbildend und jene als nicht fettbildend zu betrachten. Jedes echte, d. h. durch seine Zersetzung im Körper wärmebildende Nahrungsmittel ist befähigt, zur Fettbildung und zum Fettansatz beizutragen. Ob es das im Einzelfalle tut, hängt von dem Nährwert der Gesamtkost ab. Für eine Entfettungsdiät muß also die Kalorienzufuhr geringer sein, als der Kalorienumsatz.

Neuere Untersuchungen aber haben gezeigt, daß der Verbrennungswert der Nährmittel keinen Maßstab für ihren Nährwert abgeben kann, weil es sich im Organismus nicht um Wärmeproduktion als Selbstzweck handelt, sondern um einen Energiezuwachs (unter dessen Symptomen die Wärme allerdings eine wesentliche Rolle spielt). Ein solcher kann aber nicht aus organischen Stoffen, sondern auch aus unorganischen Salzen und Säuren resultieren; wie z. B. die Bedeutung der Salze, die wir durch die Lehre vom osmotischen Druck und den Ionen her kennen, es bewiesen hat.

Therapeutisch wird der Mastfettsüchtige schon auf mäßige Diätbeschränkung allein eine Abnahme des Körpergewichtes zeigen, während der hereditär Fettsüchtige solchen Bestrebungen gegenüber oft merkwürdig resistent bleibt.

Von einer bleibenden Behandlung der konstitutionellen Fettsucht kann daher nur dann die Rede sein, wenn wir die mangelhafte Zersetzungsenergie der Zellen nicht allein durch die passende Ernährungs- und Lebensweise, sondern durch eine zweckmäßige Kombination von Nahrung und Arbeit zu korrigieren trachten, bis es uns gelingen dürfte, nicht nur Körperabnahme an Fett, sondern auch Körperzunahme an Muskelgewebe und Muskelkraft zu erzielen und damit auch geregelte Herz- und Gefäßverhältnisse zu schaffen.

Eine Verminderung des Körpergewichtes ist anzustreben, sobald ein Plus an Fett vorhanden ist, als dem Auge gefällig oder der gesamten Harmonie des Organismus dienlich ist.



Bei der Herabsetzung des Körpergewichtes haben wir im allgemeinen folgende Ziele ins Auge zu fassen: erstens Verringerung der Nahrungsaufnahme; zweitens Vermehrung der geleisteten Arbeit oder eine Kombination von beiden. Die Arbeit darf aber bloß in mäßiger Muskelbetätigung (wie mäßige Spaziergänge, leichte gymnastische Übungen, „schonend“ und zugleich „übend“ wirkende Bäderprozeduren) bestehen, bloß, damit die Muskelentwicklung hiedurch gefördert und im allgemeinen gekräftigt wird.

Die praktische Durchführung dieser Aufgabe dürfte sich am besten folgendermaßen bewerkstelligen lassen:

Man stelle genau fest, bei welcher Nahrung (dies soll auch annähernd quantitativ bestimmt werden) ein Individuum sich im Gleichgewicht befindet. Falls die betreffende Person letzthin nicht zugenommen hat, dann genügt dazu die zurzeit übliche Nahrung. Handelt es sich dagegen um jemand, der bei seiner Nahrung vorläufig an Gewicht zunimmt, so verringere man versuchsweise die Nahrungszufuhr, indem man z. B. anstatt zwei bis drei Schnitten Brot nur eine gestattet; ferner, indem man etwaige Zwischenmahlzeiten einfach wegläßt usw. Man kontrolliere das Gewicht des betreffenden Patienten alle zwei bis drei Tage oder wöchentlich mit der Wage. Sobald die für das Gleichgewicht nötige Nahrung festgestellt ist, fange man an, allmählich mit der vorerwähnten Muskeltätigkeit einzusetzen, indem stufenweise die Arbeitszeit verlängert und auch die zu leistende Kraft erhöht wird. Durch diese Muskeltätigkeit muß die Kalorienausgabe schon bedeutend erhöht werden. Geht man langsam und vorsichtig vor, so wird man auch bei sehr geschwächten Personen bald größere Inanspruchnahme ihrer Leistungen wagen können, ohne aber durch eine Steigerung der Arbeit es jemals zu einer ausgesprochenen Erschöpfung kommen lassen zu dürfen. Die während einer derartigen Inanspruchnahme der Leistungen auftretende beschleunigte Herzaktion oder Respiration muß etwa 10 Minuten nach begonnener Ruhe stets zur Norm zurückkehren. Ist dies nicht der Fall, so muß man die Arbeitsleistung reduzieren.

Es ist ja bekannt, daß es eine ganze Reihe verschiedener Behandlungsmethoden gibt, die in Form diätetischer Maßnahmen der Fettsucht entgegenzuarbeiten trachten; jedoch von allen bisher üblichen diätetischen Maßnahmen schienen mir schon seit Jahren diejenigen von Ebstein — die die allgemeine Reduktion der Nährstoffe den Patienten zu erleichtern ermöglicht — namentlich in jenen Fällen, wo speziell der Herz- und Gefäßapparat besondere Berücksichtigung erheischt, als die zweckentsprechendsten und auch als die geeignetsten.

Von dem Grundsatze ausgehend, daß die Herabsetzung des Stoffwechselverbrauches dem individuellen Einzelfalle angepaßt und leicht bekömmlich ermöglicht werde, das heißt die an etwas größere Nahrungszufuhr gewöhnten Fettleibigen, ob mit oder ohne Herzbeschwerden, die Entbehrung in dieser Hinsicht nicht allzu hart fühlen zu lassen, schien mir das Prinzip Ebsteins: daß eine etwas fettreichere und eiweißärmere Nahrungszufuhr im verhältnismäßig gleichen Kalorienwerte das Durst- und Hungergefühl vermindere — als Hauptmoment in der Diät der Fettleibigen.

Bei der Auswahl der Fette ist es tunlich, genau nach dem Prinzipe Ebsteins dem Geschmacke und der Neigung des Kranken Rechnung zu tragen, wobei sodann niemals dyspeptische Beschwerden zu gewärtigen sind. Als am besten bekömmlich und in der Diät auch am leichtesten einführbar, bewährte sich der Genuß guter Butter, ebenso zeichnen sich auch Knochenmark, Nierenfett vom Kalbe, fetter Schinken und Speck durch diese Eigenschaften aus. Bloß die Kohlehydrate, Zucker, Süßigkeiten jeder Art müssen eingeschränkt werden und Kartoffeln in jeder Form sind unbedingt ganz zu verbieten. Die Menge des Brotes ist ebenfalls zu beschränken, und zwar bloß auf die Frühstücks- und Abendmahlzeit auf insgesamt zirka 80—100 *g* pro Tag. Von den Gemüsen kommen in Betracht: Spargel, Spinat, Salate, wie überhaupt alle Blattgemüse, ferner Schneidebohnen und insbesonders Hülsenfrüchte, deren Wert als Eiweißträger (Voit) bekannt ist, da in Form von Püree genossen, das Eiweiß der Hülsenfrüchte gut verdaut und ins Blut aufgenommen wird. Bezüglich des Fleisches können alle leicht verdaulichen Fleischsorten genossen werden, und ist das im Fleische vorhandene Fett, sofern es den Kranken nicht unangenehm ist, nicht zu vermeiden, sondern im Gegenteile zu gebrauchen, selbstverständlich in sehr mäßiger Menge. Es ist sogar statthaft fetter Schinken, fetter Schweine- und Hammelbraten, Nierenfett und Knochenmark zur Fleischbrühe oder zur Suppe, ebenso fette Saucen aus Butter; die Hauptsache ist bloß, daß das Fett verdaulich sei.

Es soll hiedurch nicht etwa, wie man Ebstein irrtümlich beschuldigte, die Fettsucht direkt mit Fett behandelt werden, sondern das Fett soll lediglich dabei in die ihm als Nahrungsmittel zukommenden Rechte eingesetzt bleiben.

Im allgemeinen besteht die Diät à la Ebstein in drei Hauptmahlzeiten, und zwar:

Frühstück (7 Uhr): eine große Tasse leichten Tee ohne Milch und ohne Zucker, 50 *g* geröstetes Weiß- oder Graubrot, mit reichlicher, zirka 20—25 *g* Butter.

Mittagessen (1 Uhr): wenig Suppe (mit Knochenmark in fester Konsistenz); 120—180 *g* Fleisch, gebraten oder gekocht, mit fetter Sauce, vorwiegend fettere Fleischsorten (wenn bekömmlich); Gemüse in mäßiger Menge, mit Vorliebe Hülsenfrüchte in Püreeform und Blattgemüse; selten Rüben, niemals Kartoffeln und Reis; hernach frisches Obst, gekochtes oder gedünstetes Kompot (Pflaumen und Apfelbrei) ohne Zucker. Als Getränk ein bis zwei Glas leichten Weißwein oder Mineralwasser.

Bald nach Tisch (gegen 4 Uhr) eine große Tasse Tee ohne Milch und ohne Zucker.

Abendessen (7½ Uhr): Im Winter regelmäßig und im Sommer gelegentlich eine große Tasse Tee (bitter), ein Ei. oder etwas fetten Schinken oder Braten oder Zervelatwurst, geräucherte, frische Fische, zirka 30 *g* Weißbrot mit zirka 10—20 *g* Butter, Käse, frisches Obst usw.

Bei dieser Diät, die ich schon seit mehreren Jahren meinen Patienten zu verordnen Gelegenheit hatte, habe ich niemals dyspeptische Erscheinungen bemerkt, der Appetit war stets tadellos, Hungergefühl trat stets zur Mittagsmahlzeit ein, abends bestand kein großes Nahrungsbedürfnis und dasselbe wird gewöhnlich dabei rasch befriedigt. Auffällig ist dabei die Beschränkung des Durstgefühles, welches mit der angegebenen und auch für fettleibige Herzkranke statthaften Flüssigkeitsmenge gestillt wird. Es bedarf wohl keiner weiteren Erwähnung, daß sorgfältigste Individualisierung auch hier zur Geltung gelangen muß. Im allgemeinen aber ist die Lebensweise eine ruhige und nicht strapazierende und kann auch dauernd eingehalten werden.

Bei eventuellem Gebrauche von Mineralwasserkuren (alkalisch-salinischer Abführwässer oder diuretisch wirkender Natron- und Lithiumsäuerlinge), die durch ihre Wirkungsweise mitunter indirekt zur Erleichterung der Herzarbeit führen, kann ja diese Beigabe bei dem angegebenen Flüssigkeitsquantum substituierend mit in Kalkül gezogen werden.

Denn vor einer kurgemäßen Anwendung der Abführmittel im allgemeinen und im speziellen, sowie auch der alkalisch-salinischen Mineralwässer in abführenden Gaben zu Entfettungszwecken, muß mit Rücksicht auf die Herz- und Gefäßverhältnisse entschieden gewarnt werden und in dieser Beziehung kann man auch der von Ebstein geäußerten Ansicht, daß insbesonders bei Fettsüchtigen mit Atheromatose der Gefäße die Gefahr von Apoplexien beim unmäßigen Gebrauche dieser Mineralwasserkuren direkt heraufbeschwört werden kann, nur vollauf beistimmen. Namentlich Patienten, die auf eigene Faust und ohne ärztliche Vorschrift in den Kurorten derartigen Mißbrauch mit den Trinkkuren treiben, haben derartige schädliche Folgen zu beklagen.

(Fortsetzung folgt.)



Kongreß deutscher Nahrungsmittelchemiker.

Im Mai tagte in Frankfurt unter dem Vorsitz von Prof. Medicus, Würzburg, die sechste Jahresversammlung der Vereinigung deutscher Nahrungsmittelchemiker. Regierungsrat Dr. Abel, Berlin, der Vertreter des preußischen Kultusministeriums, verbreitete sich über die Ziele der Regierungskreise nach einheitlicher Durchführung einer allgemeinen Lebensmittelkontrolle, wobei er besonders der hohen Verdienste gedachte, die sich die „Freie Vereinigung“ durch Ausarbeitung neuer Untersuchungsmethoden und Festlegung von Leitsätzen für die Beurteilung der Nahrungs- und Genußmittel erworben habe. Im Auftrag der Stadt Frankfurt überbrachte Stadtrat Dr. König einen herzlichen Willkommengruß und zugleich die Zusicherung, daß gerade Frankfurt der Nahrungsmittelchemie das größte Wohlwollen entgegenbringe, sei man doch bestrebt, durch baldige Errichtung eines städtischen, hygienisch-chemischen Laboratoriums diese Wünsche auch in die Tat umzusetzen.

Mit besonderem Beifall wurden die Grüße aufgenommen, die Geheimrat Prof. Ehrlich, Frankfurt, namens der Frankfurter wissenschaftlichen Korporationen, der Akademie, des physikalischen Vereines und der Inhaber chemischer Laboratorien an die Zuhörer richtete. Mit anerkennenden Worten sprach der Gelehrte seine hohe Befriedigung darüber aus, daß Nahrungsmittelchemiker und Mediziner heute Hand in Hand gehen, um gemeinsam mit dem Rüstzeug der modernen Hygiene den Kampf gegen die Krankheiten aufzunehmen. Dr. Schmidt, Frauenfeld, überbrachte die Grüße der Schweizer Chemiker und zugleich eine Einladung für die diesjährige Jahresversammlung in Schwyz.

Den Reigen der Vorträge eröffnete Prof. W. Fresenius, Wiesbaden, mit einem längeren Referate über Fruchtsäfte, Gelées und Marmeladen. Der Redner verwies auf die fragwürdige Beschaffenheit einer großen Zahl von Handelsprodukten dieser Gattung und stellte die Forderung einer deutlichen Benennung solcher minderwertigen Fabrikate. Dieselbe sei sowohl vom Standpunkte des Chemikers, wie auch im Interesse der reellen Industrie dringend zu wünschen. Dr. Haertel, Leipzig, teilte eine Reihe von Rezepten mit, nach denen zuweilen „feinste Marmeladen“ bereitet werden. Kartoffelsirup, Farbstoff, Säure, gewaschene Kerne, Abfälle der Fruchtsaftfabrikation usw. spielen hiebei die Hauptrolle, eigentliche wertbestimmende Fruchtelemente die Nebenrolle. In solchen Fällen die erstklassige Handelsware zu schützen, müßte als vornehmste Pflicht des Gesetzgebers zu erachten sein. Industrieller Kaesmodel, Leipzig, bestätigte die Haertelschen Angaben und forderte, daß Marmeladen einen bestimmten Gehalt an wertbestimmender Fruchtsubstanz aufweisen sollten. Eine Anzahl von Rednern forderte weitgehende Deklaration der fremden Zusätze, sowie gänzlichen Ausschluß der vollkommen wertlosen gewaschenen Kerne. Die Versammlung schloß sich im wesentlichen diesen Forderungen an, künftighin Mischungen aus Fruchtrückständen und Abfällen, Trestern usw. als „Kunstprodukte“ zu bezeichnen, Zusätze von gewaschenen Kernen überhaupt auszuschließen. Die Kennzeichnung soll so gehalten sein, daß sie jedem Käufer Aufschluß über die wahre Beschaffenheit der Ware gibt.

Eine längere Unterredung entstand nach dem Vortrag von Dr. Beythien, Dresden, über Brauselimonaden. Der Redner beantragte, die Abänderungsvorschläge des Hamburger Großindustriellen Zinkeisen, wonach eine Deklaration künstlicher Limonaden mit dem Worte „künstlich“ überflüssig sei, zu verwerfen. Zinkeisen begründete eingehend seinen Antrag. Es liege im Interesse der Antialkoholbewegung, dem Publikum billige alkoholfreie Getränke zu beschaffen. Brauselimonaden seien von jeher ein „Fabrikat“, infolgedessen ergebe sich der Begriff „künstlich“ von selbst und eine Deklaration nach dieser Richtung hin sei Wortvergeudung. Er weise darauf hin, daß die ausschließliche Herstellung einer Brauselimonade aus natürlichem Fruchtsaft eine unerreichbare Forderung sei, da solche Handelsware keine Haltbarkeit besitze. Dagegen sei es gerechtfertigt, ein Verbot der Verwendung von künstlich hergestellten Fruchtäthern zur Fabrikation von Limonaden, die den Namen einer Frucht tragen, zu erlassen. Prof. Juckenack, Berlin, wandte sich gegen die Zinkeisenschen Vorschläge, die nur darauf hinausliefen, nachgemachte Limonaden zu schützen; ein Widerspruch der Fruchtsaftfabrikanten sei bei Annahme des Antrags Zinkeisen unvermeidlich. Die Beschlußfassung der Freien Vereinigung lief auf Forderung einer deutlichen Kennzeichnung der „künstlichen“ Limonaden hinaus.

Prof. Dragendorff, Frankfurt, sprach über Verpflegung der römischen Kastelle in Deutschland. Wenn auch naturgemäß das Thema dem eigentlichen Arbeitsgebiet der Nahrungsmittelchemie ferne lag, so ergaben sich trotzdem Berührungspunkte in großer Zahl. Namentlich waren es die Mitteilungen des Redners über Herstellung und Konsum von Nahrungsmitteln im Altertum, die allseitiges Interesse hervorriefen. Prof. Dragendorff schilderte eingehend das Gebaren der römischen Nahrungsmittelfälscher, namentlich der Weinpantscher, fernerhin die Aufbewahrung der Lebensmittel. Der hochinteressante Vortrag war auch eine gute Einführung für den projektierten Ausflug auf die Saalburg.

Über das Thema „Honig“ stellte Prof. von Raumer, Erlangen, eine Autorität auf diesem Gebiete der Nahrungsmittelchemie, eingehend begründete Leitsätze auf. Er wies auf die vielen, im Handel befindlichen, minderwertigen oder verfälschten Honige hin und betonte die Notwendigkeit des weiteren Ausbaus der chemischen Untersuchungsmethoden. Nach seinen Erfahrungen habe gerade die optische Untersuchung der im Honig vorhandenen Dextrine die meisten Aussichten für eine Verwirklichung dieser Ziele. Der Leitsatz von Raumers, es solle eine gesetzliche Regelung über den Gebrauch des Wortes „Honig“, somit ein Verbot des Wortes „Kunsthonig“ für künstliche Ersatzmittel des Honigs angestrebt werden, fand namentlich bei den Vertretern der deutschen Imkerei freudigsten Widerhall. Die Freie Vereinigung wird zweifellos die unternommenen Schritte fortsetzen und damit einen längst gehegten Wunsch unserer Imker, der für sie geradezu eine Existenzfrage bedeutet, seiner Erfüllung näher führen.

Unter den erschienenen Vertretern der deutschen Bienenzüchter herrschte übereinstimmend die Ansicht, daß jede Fütterung der Bienen mit Zuckerarten, die den Zwecken einer absichtlichen Honigvermehrung diene, als offenkundige Fälschung bezeichnet werden müsse und nicht einer bienenwirtschaftlichen Notwendigkeit entspringe. Ein Antrag der Imker auf Verbot des Verschnittes inländischer Honige mit minderwertigen ausländischen Sorten wurde mit der Begründung abgelehnt, daß ja auch der Verschnitt in- und ausländischer Ware statthaft sei.

Der Berichterstatter bemerkt hiezu, daß unsere heimischen Bienenzüchter das konsumierende Publikum zum ausdrücklichen Kauf „deutscher Honige“ erziehen müssen; unter diesen Umständen würde sich der Verschnitt mit ausländischer Ware von selbst verbieten, da ein solcher alsdann unstatthaft wäre.

Pastor Fleischmann, Sondershausen, machte interessante Mitteilungen über dunkelgefärbte australische Honige, die beim Import zwecks Entfärbung der Einwirkung des elektrischen Stromes unterworfen werden. Zum Schluß stellte Kratzer, Wilshofen in Niederbayern, namens der deutschen Imker die Anfrage, ob es mit chemischen Mitteln überhaupt möglich sei, ein dem natürlichen Honig völlig äquivalentes Surrogat herzustellen. Die Frage wurde von Prof. v. Raumer, Erlangen, verneint.

Ein weiterer Vortrag beschäftigte sich mit den Beurteilungsnormen, die an alkoholfreie Getränke zu stellen seien. Der Referent, Dr. Beythien, Dresden, verbreitete sich eingehend über Herstellung dieser Getränke, die er in alkoholfreie Biere, Weine und Limonaden klassifiziert. Er hält die Forderung für berechtigt, hinsichtlich der Biere ein Verbot



des Stärkesirup-, Farb- und Aromastoffzusatzes, Hopfenöl ausgenommen, anzustreben. Ferner sei die Verwendung künstlicher Fruchtäther und saponinhaltiger Schaummittel als unzulässig zu bezeichnen; als Höchstgehalt eines als „alkoholfrei" bezeichneten Getränkes dürften 0·5 Vol. % Alkohol gestattet sein. Für alkoholfreie Getränke, die neben oder ohne Zusatz von natürlichem Fruchtsaft, Zucker und kohlensaurem Wasser noch organische Säuren, Farbstoffe oder natürliche Aromastoffe enthalten, müsse deutliche Deklarierung dieser Bestandteile gefordert werden.

Dr. Popp, Frankfurt, berichtet in einem Demonstrationsvortrag zunächst über seine Erfahrungen, die er bei Wurstuntersuchungen mit Hilfe der biologischen Eiweißdifferenzierungsmethode sammeln konnte. Sehr oft gab gerade dieses Untersuchungsverfahren den Ausschlag, wo chemische Hilfsmittel, z. B. der Glykogennachweis versagten. Ein solcher Fall lag bei Untersuchung billiger Zervelatwürste einer norddeutschen Firma vor; einwandsfrei konnte der Zusatz von Pferdefleisch nachgewiesen werden. Von Interesse waren ferner die Mitteilungen des Redners über den Nachweis flüssiger Brennstoffe bei Brandstiftungen. Schließlich berichtete Dr. Popp über den Arsengehalt der Frankfurter Friedhofserde, ein Thema, das für den gerichtlichen Chemiker, der seinerzeit mit der Möglichkeit der Einwanderung gelöster Arsenverbindungen aus dem Boden in die Leichenteile rechnen muß, von größter Bedeutung ist.

Prof. Weigmann, Kiel, unterbreitete die Vorschläge des Ausschusses zur Abänderung des Kapitels „Milch und Molkereiprodukte" der deutschen „Vereinbarungen". Der Vortrag bot hauptsächlich engeres fachwissenschaftliches Interesse. Eine direkte Beschlußfassung über die an „Buttermilch" zu stellenden Beurteilungsnormen wurde vertagt, wohl aber die Wichtigkeit, hierüber Klarheit zu schaffen, betont, da ja Buttermilch häufig von den Ärzten als Kindernährmittel direkt empfohlen wird.

Im Anschluß hieran berichtete Dr. Grosse-Bohl aus Köln über die hygienische Überwachung des Verkehrs mit Milch. Der Redner verbreitete sich eingehend über den Schmutzgehalt der Milch und stellte die Forderung auf, als höchst zulässige Menge 5 Milligramm Schmutz pro Liter Milch zuzulassen. Die weiteren Ausführungen bezogen sich auf den Grad der „Frische" dieses Nahrungsmittels. Ein Säuregrad von 5·6 wäre als Normalzahl für gute Milch zu bezeichnen; Milch mit 9 Säuregraden dagegen müsse bereits als verdorben erachtet werden.

Prof. Boemer, Münster i. W., sprach über den Gehalt des Rinder- und Hammeltalgs an Tristearin und gab zunächst einen Rückblick über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnis über das Gebiet der Fettchemie. Der Redner hofft, aus den Resultaten seiner mühevollen Untersuchungen weitere Bausteine für den Nachweis von Verfälschungen erbringen zu können.

Der letzte Vortrag hatte die physikalische Beschaffenheit des sogenannten Weinextraktes, wie er bei der Weinanalyse nach der Reichsmethode gewonnen wird, zum Gegenstand. Der Redner, Dr. Krug, Speyer, gab an der Hand von Demonstrationsmaterial die Anregung, bei Weinuntersuchungen künftighin auch dem Aussehen der Weinextrakte besondere Aufmerksamkeit zu widmen, denn nach seinen Erfahrungen würden sich die in Platinschalen gewonnenen Abdampfungsrückstände echter Weine sehr vielfach schon äußerlich von den einem rationell verbesserten oder gar verfälschten Weine angehörigen Weinextrakt unterscheiden.

II. Referate.

Über den innerlichen Gebrauch der Seife als Arzneimittel. Von Prof. H. Senator.

In früheren Zeiten ist die Seife vielfach als innerliches Arzneimittel in Gebrauch gewesen, und zwar einmal wegen ihrer alkalischen Reaktion und leichten Zerlegbarkeit durch Säuren als Antazidum und als Gegenmittel bei Vergiftung mit Mineralsäuren, und zweitens auf Grund von allerhand vagen Vorstellungen über ihre auflösenden Wirkungen als Mittel gegen sogenannte „Unterleibsstockungen", Anschoppungen von Leber und Milz, chronischem Ikterus, Gallensteinkrankheit, Gicht, Harnsteine, Hämorrhoiden, Fettsucht usw.

Was die erstere Wirkung betrifft, die Säurebindung, so besitzen wir jetzt unzweifelhaft ebensogute oder vielmehr noch bessere und angenehmere Mittel, so daß höchstens einmal bei einer Säurevergiftung im Notfall, wenn augenblicklich kein anderes Antazidum, wie Kreide, Soda zur Hand ist, Seife in warmem Wasser gelöst, ebenfalls auch geschabt und gepulvert zur Anwendung kommen wird.

Radziejewski hat nachgewiesen, daß die Seifen eben durch ihren Gehalt an Fettsäuren das Fett der Nahrung vollständig ersetzen können. Sie werden im Verdauungskanal in ihre beiden Bestandteile zerlegt und die freigewordenen Fettsäuren verbinden sich dann auf dem Wege vom Darm bis in das Blut mit Glyzerin zu Fett.

Da bei Diabetes mellitus nicht selten eine mehr oder weniger ausgebreitete Erkrankung des Pankreas vorliegt und infolge davon eine mangelhafte Spaltung, Emulgierung und Ausnutzung des Fettes besteht, hat S. seit Jahren den Gebrauch der Seife in Form von Pillen aus Sapo medicatus empfohlen.

Wichtiger ist wohl eine andere Wirkung der Fettsäuren, nämlich ihre gallentreibende Wirkung, welche F. Blum insbesondere für die Ölsäure nachgewiesen hat.

Nun ist Sapo medicatus eine neutral reagierende Verbindung von Natron mit Ölsäure und kleineren Mengen von Margarinsäure, welcher wohl dieselbe Wirkung wie jener Säure zukommen wird. Senator verordnet die Seife in Pillen wie folgt: Sapo medicat. 10-12-15·0 Mucilg. Mimos q. s. ut f. Pil. 100 consp. Pulv. Cort. Cinnamoni d. s. dreimal täglich drei Pillen. Vertragen wurden diese Pillen, wenn sie nicht gerade auf nüchternem Magen, sondern kurz nach den Mahlzeiten genommen wurden, fast ausnahmslos gut und in ihrer Wirkung scheinen sie mir hinter denjenigen anderer, gegen die Gallensteinkrankheit empfohlener innerlicher Mittel nicht zurückzustehen, das heißt in manchen Fällen trat die gewünschte Wirkung ein, in anderen nicht.

Unterstützt wird die Wirkung der innerlich gegebenen Seife wesentlich durch hohe Eingießungen von Öl und Seifenwasser in den Darm. S. läßt in der Regel täglich einmal gleiche Mengen von beiden (also jedem $^1/_4$ bis $^1/_2$ *l*) lauwarm nach der Stuhlentleerung eingießen und möglichst lange zurückhalten. Da nach F. Blum auch bei dieser (rektalen) Einverleibung eine Spaltung des Öls in Fettsäure und Glyzerin erfolgen kann, so ist eine Unterstützung der innerlich gereichten Fettsäuren wohl denkbar. Auch die nicht selten erfolgende stärkere Peristaltik ist ja nicht unerwünscht. (Med. Woche Nr. 14, 1907.)

*

Amenorrhoen post partum. Von Dr. K. Tautzscher. Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Nach Aborten stellt sich die Regel zur gewöhnlichen Zeit, d. h. nach 4 Wochen wieder ein.

2. Nach Geburten, wenn nicht gestillt wird, tritt die Regel schon nach 6 Wochen auf.

3. Nach Geburten, wenn gestillt wird, ist der Eintritt der Regel beim Stillen nur in 60% zu beobachten.

4. Der Eintritt der Regel beim Stillen ist am häufigsten im zweiten Monat zu erwarten. Von den regelmäßig Menstruierten haben schon zirka 60% in den beiden ersten Monaten ihre Regel, zirka 80% im ersten Halbjahr. Der Eintritt der Regel im zweiten Halbjahre ist viel seltener zu beobachten.

5. Gravidität tritt bei Amenorrhoischen halb so oft ein, als bei regelmäßig Menstruierten. Bei letzteren tritt in mehr als 25% der Fälle Konzeption beim Stillen ein.

6. Der Typus des Eintretens der Regel bei Mehrstillenden ist nicht immer der gleiche. Durch wiederholte Laktationen wird namentlich bei Frauen, die mehr als zum zweiten Male



stillen, die Menstruation um ein geringes hinausgeschoben. (S. Petersburger Wochenschrift Nr. 12, 1907.)

*

Über die Bedeutung der Blasentuberkulose und der Heilbarkeit derselben. Von Thorkild Rovsing, Kopenhagen.

Autor kommt auf Grund seiner 16jährigen Erfahrungen an einem Material von 56 Fällen von Blasentuberkulose zu folgenden Schlüssen:

1. Die Blasentuberkulose ist gewöhnlich von einer primären Tuberkulose der einen oder anderen Niere verpflanzt, nur ausnahmsweise greift eine primäre Genitaltuberkulose auf die Blase hinüber, und noch seltener ist die Blase primär und allein angegriffen.

2. Es ist ganz hoffnungslos, eine von der Niere verpflanzte Blasentuberkulose zu beseitigen, ehe die betreffende Niere entfernt ist.

3. Man muß sich deshalb niemals bei der Diagnose Cystitis tuberculosa beruhigen, sondern alles daran setzen, über den Zustand der Nieren Auskunft zu schaffen, ob sie gesund sind oder ob eine oder beide Nieren angegriffen sind.

4. Hiezu ist sowohl einfache Zystoskopie, wie Untersuchung des Harns, der mit Hilfe der sogenannten Harnsegregatoren oder Diviseurs von jeder Seitenhälfte der Blase aufgesammelt ist, ganz unzuverlässig, weil die von einer Niere zur Blase verpflanzte Tuberkulose bald an der der gesunden Niere entsprechenden Hälfte der Blase lokalisiert, bald über beide Seitenhälften verbreitet ist. In beiden Fällen werden die genannten Untersuchungsmethoden zu dem verhängnisvollen Irrtum führen, daß die Nierenaffektion doppelseitig ist, und der Patient seinem Schicksal überlassen wird, obgleich das Leiden in der Wirklichkeit nur einseitig und eine Genesung möglich ist.

Nur Ureterenkatheterisation mit Aufsaugen und Untersuchung des direkt von jedem Ureter gewonnenen Harns kann sichere Antwort auf die Frage geben, und das nur, wo der Harn der beiden oder der einen Niere von Tuberkulose frei gefunden wird. Bekommen wir dagegen tuberkulösen Harn von beiden Ureteren, so ist damit nicht gesagt, daß beide Nieren tuberkulös sind, denn:

5. Das Material des Verfassers beweist, daß die Blasentuberkulose durch den Ureter gegen die gesunde Niere aszendieren kann. Dieser Harn wird dann auf dem Wege durch den Ureter purulent und bazillenhaltig, obgleich die Niere gesund ist.

6. In solchen wie in den nicht ganz wenigen Fällen, wo die Ureterenkatheterisation wegen Blasenulzerationen oder wegen Struktur der Ureterenmündung unmöglich gemacht wird, kann ein doppelter explorativer Lumbalschnitt, eventuell mit Ureterostomie, zur Diagnose der abszendierenden Ureterentuberkulose uns die für die rechte Behandlung notwendigen Auskünfte über den Zustand der Nieren verschaffen.

7. Ist die primär angegriffene Niere entfernt, so sieht man nicht selten eine beginnende oder wenig verbreitete Blasentuberkulose spontan ausheilen.

8. Bleibt die Spontanheilung aus, breitet sich die Tuberkulose aus, oder ist sie schon über große Partien der Blase verbreitet, dann kann noch die vom Verfasser angegebene Behandlung mit 6%igem Karbolwasser in den allermeisten Fällen die Genesung herbeiführen. (Archiv für kl. Chirurgie 1907, Bd. 82.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 31. Mai 1907.

Hans v. Haberer stellt einen Patienten vor, der schon im Jahre 1887 in der k. k. Gesellschaft der Ärzte wegen multipler Enchondrombildung vorgestellt worden war. Dem Manne wurden im Laufe der Jahre wegen der Geschwülste im Bereiche des linken Vorderfußes und des rechten Vorderarmes in der Nähe des Handgelenkes der linke Vorderfuß enukleiert, der rechte Vorderarm amputiert. Derzeit bestehen, abgesehen von dem großen Tumor an der linken Beckenhälfte eine Reihe von Tumoren, die der Patient entsprechend der Ferse des rechten Fußes, an beiden Ober- und Unterschenkeln, am linken Vorderarme, an der rechten Thoraxhälfte, der linken Skapula und dem rechten Hüftbein trägt. Das, was hier vorliegt, ist ein typisches Krankheitsbild, nämlich das der multiplen Exostosen und Chondrome.

Gabor Nobl demonstriert einen Fall von Syphilis maligna praecox. Nach kaum viermonatlicher Infektion zeigen sich ausgebreitete und tiefreichende Zerfallsphänomene, wie solche sonst nur gelegentlich dem Tertiärismus zu entsprechen pflegen. Der phagedänische Primäraffekt führte in kurzer Zeit zu völliger Einschmelzung der Vorhaut und eines Teiles des Penisintegumentes, sowie gangränöser Zerstörung der Glans und des vorderen Anteiles des Corpus cavernosum der Urethra. Nach nur mäßiger Sklerosierung des Drüsenapparates, ist es zur Eruption rasch konfluierender, flächenhaft ausgebreiteter, mäßig elevierter Infiltrate im Bereiche des Stammes und der Kopfhaut gekommen, die alsbald im ganzen Umfange der ulzerösen Zerstörung und Nekrose anheimfielen. Da der kräftig entwickelte Patient nach keiner Richtung eine konstitutionelle Minderwertigkeit zeigt, niemals den Potus ergeben war, so ist wohl eine etwaige Mischinfektion mit den banalen Eitererregern als Grund der rasch fortschreitenden Zerstörung die besondere Beschaffenheit des Virus zu erblicken, das bei seiner massenhaften Ansammlung in den Gewebsprodukten und der hiebei reichlichen Entwicklung von Endotoxinmengen den ausgedehnten Zerfall am besten erklären könnte. Hiemit steht aber das Ergebnis der Spirochätenexploration nicht im Einklang, da die Proben der zerfallenden Präputialsegmente und der ulzerös zerstörten Infiltrate der Kopfhaut, sich bei der Untersuchung in der Dunkelfeldbeleuchtung als von Spirochäten völlig frei erwiesen haben und nur die Durchmusterung vieler Schnittreihen von silberimprägnierten Randsektoren der Hinterhauptinfiltrate hat in einzelnen, einen von der Norm abweichenden spärlichen Spirochätengehalt ergeben.

Siegmund Erben zeigt an einem Falle von simulierter Monoplegie die Demaskierungsmethoden.

Robert Doerr: Über ein neues Desinfektionsverfahren mit Formalin auf kaltem Wege, welches auf der von Ewans und Rusne angegebenen Methode fußt. Das Verfahren besteht darin, daß aus Kalium permanganat, Formalin und Wasser Formaldehyd und Wasserdämpfe gebildet werden. 2 *kg* Kal. permanganat, Formalin und Wasser (kosten zirka 4 K) genügen zur Desinfektion von 100 m^3. Abdichtung nicht erforderlich, die Resultate sind sehr gute. Die Billigkeit, die Entbehrlichkeit von Apparaten von geschulten Desinfektoren sind die Vorzüge dieses Desinfektionsverfahrens.

Arthur Weiß bemerkt, daß er in einer der letzten Sitzungen der Gesellschaft der Ärzte einen Apparat zu demonstrieren in der Lage war, der eine exakte Desinfektion von infizierten Kathetern und von Zystoskopen in der Zeit von drei, sicher jedoch von sechs Stunden mittels Autan ermöglicht. Auch seine gemeinsam mit Mautner ausgeführten Desinfektionsversuche im Raume waren von befriedigendem Effekte.

Theodor Escherich meint, daß man doch für exakte Abdichtung von Fenstern und Türen bei der Desinfektion Sorge tragen müsse. Er weist auf ein Verfahren hin, das Flick in Graz angegeben hat und das im wesentlichen darin besteht, daß eine sehr geschmeidige Lehmmasse durch eine Klystierspritze durchgestoßen und zu langen Würsten geformt wird. Diese Masse kann dann in dieser Form direkt zur Abdichtung benützt werden.

Gustav Alexander berichtet im Anschlusse an den von Latzko gehaltenen Vortrag (Sitzung der Gesellschaft der Ärzte, 3. Mai 1907, über die chirurgische Therapie des Puerperalprozesses) über 45 Fälle von otitischer Sinusthrombose und Pyämie und demonstriert von neun Fällen die operativ entfernten Thromben. Alexander betont die Wichtigkeit der



Ausschaltung der Vena jugularis vor der Operation am Ohre, die Notwendigkeit der Drainage der erkrankten Vene (Jugularishautfistel) und die vollständige Entfernung obturierender Thromben. Die wandständigen Thromben sind mehr weniger flach, rasenförmig, oft strichförmig oder punktförmig. Nach ihrer Lage entsprechen sie häufig zirkumskripten Periphlebitiden. Die obturierenden Thromben sind strangförmig, walzenrund und besitzen gewöhnlich spitz zulaufende Enden. Hieraus ergibt sich für nicht zu lange Thromben typisch die Spindelform und es zeigt sich, daß auch der obturierende Thrombus nur in seinem mittleren Teile das Gefäßlumen vollständig verlegt, während die beiden Enden in die bluthaltigen Abschnitte des Sinus vorragen. Die Bulbusthromben entsprechen in ihrer Gestalt der flach- oder spitzkugeligen Ausgußform des Bulbus. Die Jugularisthromben sind zumeist unregelmäßig strangförmig und mit Knötchen oder kolbenförmigen Fortsätzen versehen. Es zeigen die Vergleiche seiner Zahlen mit solchen aus der Zeit vor der methodischen Venenausschaltung die Leistungsfähigkeit der ganzen Methode der Venenausschaltung bei otitischer Pyämie. Denn die Mortalität wurde von 81% (Leutert) bis auf 22% herabgesetzt. Der Prozentsatz der an Meningitis oder eitriger Enkephalitis Verstorbenen hat sich sogar von 77% Leuterts bis auf 25 bis 29% verringert.

Adam Politzer ging noch vor zehn Jahren mit einer gewissen Scheu an die Unterbindung der Jugularvene bei Freilegung und Ausräumung des thrombosierten Sinus transversus. Seit dem Anwachsen des Materials an der Klinik und der fortgesetzten Erfahrung hat sich, wie die oben vorgebrachten Daten Alexanders beweisen, dieser Eingriff als sehr erfolgreich erwiesen. Für besonders wichtig erachtet er die Jugularunterbindung bei wandständiger Thrombose des Sinus, weil bei dieser am leichtesten septische Thrombenpartikel in den Blutstrom verschleppt und Metastasen in der Lunge und in anderen Körperteilen veranlassen. Die Jugularisunterbindung ist eine rein anatomische Präparierarbeit, die jeder ausführen kann, der sie vorher genügend an der Leiche eingeübt hat.

Karl Berdach zeigt den von Sigalin in Warschau konstruierten „Rhythmoskop" genannten Atmungsapparat.

Ludwig Moszkowicz beschreibt eine von ihm auf Anraten Fuchs' und mit Hilfe Tandlers ausgearbeitete Methode zur Bloßlegung und Entfernung von Hypophysentumoren, welche sich in einigen Punkten von der am Lebenden mit Erfolg angewendeten Operationsmethode unterscheidet, die Schloffer vor kurzem (23. Mai 1907) in der Wiener klinischen Wochenschrift publiziert hat. Die äußere Nase wird zur Seite geklappt, das Septum, die beiden oberen Nasenmuscheln und die Siebbeinzellen werden entfernt. Dagegen bleibt die innere Wand der Orbita und der Highmorshöhle beiderseits intakt. Die Entfernung der vorderen und unteren Wand der Stirnhöhle und Teilen der frontalen Fortsätze der Oberkiefer schafft ausgiebig Raum. Um einer Meningitis vorzubeugen, wäre die Operation zweizeitig auszuführen.

Julius Tandler stimmt Moszkowicz bezüglich der Schwierigkeiten der intrakraniellen Entfernung der Hypophyse bei. Hingegen scheine ihm die Aufsuchung der Hypophyse von der Nasenhöhle, welche zum mindesten anatomisch gewiß keinerlei Schwierigkeit in sich schließt, auch technisch-chirurgisch die günstigste.

Alfred Fuchs bespricht die Aufgabe der Indikationsstellung, die keine ganz leichte ist. Von der Schwere des Eingriffes abgesehen, können wir zurzeit noch kein Urteil über die Ausfallserscheinungen haben, welche der Totalexstirpation der Hypophyse folgen werden. Ferner wird der Entschluß zur Operation schwer sein in allen Fällen, die ohne Hemianopsie und progressive Sehstörung einhergehen. Aber schon die relative Sicherheit, mit welcher bei dem Verfahren von Moszkowicz die Gefahr der Meningitis umgangen wird, wird den Entschluß in künftigen Fällen erleichtern.

Hans v. Haberer bemerkt, daß das Verfahren von Moszkowicz seines Erachtens nach nur in ganz unwesentlichen Punkten von der von Schloffer ausgebildeten und mit Glück am Lebenden bereits angewendeten Methode sich unterscheide. Er möchte vorschlagen, wenn man schon den zweizeitigen Weg bei der Operation eines Hypophysentumors betritt, den Knochendefekt zu plombieren, so, wie, der Zahnarzt den Zahn plombiert. Dazu würde sich z. B. Kupferamalgam eignen, das neben dem Vorzug, daß es auch in nicht absolut trocken gelegten Höhlen hält, noch obendrein eine leicht desinfektorische Wirkung besitzt. Dieses Mittel hat sich ihm bei Tierversuchen recht gut bewährt und hat auch Biedl, der doch eine besonders reichhaltige Erfahrung über diese Experimente besitzt, mit gutem Erfolge Zementplomben benützt.

Heinrich Schur und Josef Wiesel: Demonstration einer Reaktion im Blutserum von Nephritikern.

Wiesel hat nachgewiesen, daß bei chronischem Morbus Brightii mit ausgesprochener, besonders linksseitiger Herzhypertrophie und erhöhtem Blutdruck eine ausgiebige Hypertrophie des chromaffinen Systemes ein konstanter Befund ist. Diese Tatsache mußte selbstverständlich die Idee nahelegen, daß der hohe Blutdruck, der sich bei chronischem Morbus Brightii findet, möglicherweise mit der Hypertrophie des chromaffinen Systemes in Beziehung gebracht werden könne. War diese Annahme richtig, so mußte das Sekret der chromaffinen Zellen, also die blutdrucksteigernde Substanz im Blutserum von Nephritikern nachweisbar sein. Diesen Nachweis führten sie mit der von Ehrmann angegebenen, ungemein empfindlichen Probe aus. Die Methode ist außerordentlich einfach. Das ausgeschnittene Froschauge wird in das zu untersuchende Serum eingelegt und nun durch mehrere Stunden die etwaigen Pupillenänderungen beobachtet. Während nun Seren von Gesunden und solche von anderweitigen Erkrankungen niemals eine Wirkung auf die Iris ausübten, erzeugten alle von chronischen Nephritikern stammenden Sera oft bis zur zwanzigfachen Verdünnung ausgesprochene, oft maximale Pupillenerweiterung.

Rudolf Kaufmann hat in ähnlichen Versuchen gefunden, daß es möglich sei, in bezug auf die Erweiterung der Froschpupillen dreierlei verschiedene Blutsera zu erkennen: solche, bei welchen die Reaktion sehr deutlich erfolgt, solche, bei welchen sie wenig deutlich ist und solche, bei welchen die Reaktion ganz ausbleibt. *i. m.*

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 30. Jänner 1907.

Neumann hält einen Vortrag über die natürliche Ernährung in der ärztlichen Praxis. H. ist der Ansicht, daß bei chronischen Ernährungsstörungen der Säuglinge die gut situierten Leute keineswegs in besserer Lage sich befinden als die weniger gut situierten; denn bezüglich der künstlichen Ernährung sind noch vielfache Mißverständnisse vorhanden. Eine große Gewichtszunahme stellt nicht immer einen Maßstab für den gehobenen Körperzustand des Kindes dar. Solche starke Kinder leiden oft an Rachitis und der Neigung zu Krampfanfällen. Doch bestehen letztere Gebrechen hauptsächlich auf hereditärer Basis. Ein Kind kann bei künstlicher Ernährung so zunehmen, daß es den Eindruck eines gut ernährten Kindes macht, es besteht aber doch ein großer Unterschied gegenüber dem Brustkinde. Dieses ist oft weniger fett, aber frischer, beweglicher, muskelkräftiger. Hieraus ergibt sich die Frage, welchen Einfluß übt der Arzt bei der Geburt auf die Mutter in betreff des Stillens aus, ist er geneigt, dem Kinde sein natürliches Anrecht auf die Brustnahrung zuzugestehen oder pflegt er seinen Rat mehr mit Rücksicht auf die Mutter zu geben. Vortr. bejaht letzteres und gibt mehr noch dem Geburtshelfer als den praktischen Ärzten Schuld, daß sein Rat nicht überzeugend genug wirke, da er selber von der Notwendigkeit der natürlichen Ernährung nicht genügend durchdrungen sei.

Der Ansicht Schlossmanns, selbst bei schwerster Phthise der Mutter dieser das Stillen zu empfehlen, kann



Vortr. nicht ganz beipflichten. Was nun die große Zahl der schwachen, blutarmen, nervösen und an Kreuz- und Rückenschmerzen leidenden Frauen betrifft, so wird man zuerst die Lunge bei ihnen genau untersuchen müssen und bei ernster Erkrankung derselben es durch Pflege erreichen können, daß das Stillen durchgesetzt wird. Schlossmann verdanken wir in der Frage des Stillens einen großen Fortschritt, indem wir auf seine Empfehlung noch dort die Einleitung der natürlichen Ernährung versuchen, wo man sie früher nicht zu versuchen gewagt hat. Nur bei ganz schwächlichen Kindern ist Beinahrung gestattet, sonst nicht, weil dadurch der so notwendige Saugreiz, der die Milch zum Einschießen bringt, fortfällt. Bei der natürlichen Ernährung ist auch die Überfütterung zu meiden, vier bis sechs Mahlzeiten genügen.

Japha führt ebenfalls die Abnahme der stillenden Frauen auf Indolenz zurück. 40% der Frauen haben ohne Grund nicht gestillt, in 30% war nach Meinung der Frauen nicht genügend Nahrung vorhanden, in weiteren 30% waren die Frauen nach Hebammenbericht zum Stillen zu schwach, tatsächlich waren sie es aber nur in 20% (Krankheit, ungeeignete Warzen). Auch bei Tuberkulose ist J. der Ansicht, daß nicht in jedem Falle das Stillen aufzugeben sei. Als Kriterien gelten hier die beiden Umstände, daß die Mutter nicht abnimmt und daß das Kind zunimmt. Für Beinahrung ist Vortr. im allgemeinen nicht eingenommen, da das Kind infolge davon sich die Brust nicht zurechtziehen kann. J. erörtert, wie in der Säuglingsfürsorgestelle Erfolge erzielt werden. Durch Gewährung von 1 Liter Milch täglich wird erreicht, daß die Frauen sich den gestellten Anordnungen und der Kontrolle fügen. Durch Geldmittelgewährung gelingt es zum Teil, die Frauen von der Arbeit außer dem Hause abzuhalten. Ferner wirkt das Beispiel hier sehr wohltätig. Die Frauen können Vergleiche anstellen. J. hält die Abnahme der Brusternährung für den Ausdruck einer psychischen Schwäche unserer Zeit, man müsse die Bestrebungen befördern, die die Brusternährung zum Ziele einer sportlichen Betätigung gemacht haben.

Tugendreich erwähnt eines Falles, wo die Brustdrüse selbst 2½ Monate post partum zur Sekretion angeregt werden konnte. Uneheliche aber auch eheliche Frauen können oft nicht stillen, weil sie zur Arbeit gehen müssen, hier hilft ein einfaches Regime; da es zur Erhaltung der Brustnahrung genügt, drei- bis viermal täglich anzulegen, so veranlasse man die Frauen einmal morgens, einmal mittags und zweimal abends etwa um ½7 und um 10 Uhr zu säugen.

Karewski: Über subkutane Verletzung des Pankreas und deren Behandlung. Vortr. teilt einen einschlägigen Fall aus der jüngsten Zeit mit. Es handelt sich um einen jungen Mann, der im August vorigen Jahres bei einer Radfahrt verunglückte, wobei er mit der rechten Bauchseite gegen eine Deichsel stieß. Er konnte darauf weitergehen und das Rad nach Hause bringen. 1½ Stunden später erkannte der zuerst gerufene Arzt eine schwere Verletzung und führte den Patienten dem Vortr. zu. 1½ Stunden, nachdem dieser ihn gesehen, schritt Vortr. zur Laparotomie in der Vermutung, es handle sich um eine Leberverletzung. Es fand sich viel Blut, an der Leber ein kleiner Einriß, am Lig. gastrocolicum nachfließendes Blut und bei näherem Zusehen zeigte sich der zerquetschte Pankreaskopf. Tamponade, reaktionsloser Verlauf, Fistelbildung.

IV. Literatur.

Lehrbuch der Geburtshilfe für Hebammen. Auf Grund der 14. Auflage von Fr. v. Nägeles Lehrbuch völlig neu bearbeitet von Professor Dr. H. Fehling in Straßburg, früher Direktor der kgl. Landeshebammenschule in Stuttgart. Vierte umgearbeitete Auflage von Dr. G. Walcher, Medizinalrat, Direktor der kgl. Landeshebammenschule in Stuttgart. Mit 37 Abbildungen. Tübingen. Verlag der H. Lauppschen Buchhandlung. 1907.

Drei in der Geburtshilfe berühmte Namen finden sich in dem Titel dieses Buches vereint genannt und der Gegenstand ist auch ein so ernster und wichtiger, daß der Beste eben gut genug ist, zur Mitarbeiterschaft bei dieser Sache aufgefordert zu werden.

Das vorliegende Buch ist bestimmt zum Unterricht als Leitfaden für den Lehrenden und als Lehrbuch für die lernende, als Nachschlagebuch für die in der Praxis stehende Hebamme zu dienen. In erster Beziehung ist es unschätzbar, für die Hebamme ist es ausgezeichnet durch die außerordentlich klare, leicht faßliche Sprache.

Die ersten Auflagen des Buches sind zu einer Zeit entstanden, wo speziell am Lande noch ein großer Ärztemangel fühlbar war und diesem Umstande ist es wohl zuzuschreiben, daß gar manche Vorschriften in dies Lehrbuch für Hebammen hineinkamen, die ihre Befugnisse auf das Äußerste erweitern. So sagt § 125: „Nach Verlauf von einer halben Stunde, bälder nur in dem Falle, wenn der Fruchtkuchen schon zuvor in der Schamspalte sichtbar wird, versuche die Hebamme, die Nachgeburt herauszudrücken.“ Folgt Beschreibung des Credéschen Handgriffes.

Zu welchen Erfahrungen die Kenntnis und mißbräuchliche Anwendung des Credéschen Handgriffes führt — und Hebammen wenden alles mißbräuchlich an, um sich Zeit und der Partei den Arzt zu ersparen, möge folgendes Erlebnis aus der Praxis illustrieren. Referent wurde zu einer Wöchnerin wegen atonischer Blutung in der Nachgeburtsperiode geholt, er exprimierte die Placenta nach Credé. Die Hebamme, eine ziemlich junge Frau in der Praxis, exprimiert seitdem selbst, beginnt sofort nach der Geburt zu reiben und pressen (Walcher erlaubt im § 124 Umfassen der Gebärmutter mit voller Hand und langsam sachte kreisförmige Reibungen des Gebärmuttergrundes und Körpers bereits unmittelbar nach der Geburt des Kindes) und Referent mußte bereits dreimal seit 4 Monaten bei Wöchnerinnen dieser Hebamme die Plazenta manuell lösen. Hätte die gute Dame das Lehrbuch von Walcher gekannt, so hätte sie wohl auch diesbezüglich einen Arzt kaum bemüht, denn im § 247 schreibt Verfasser: „Wird der Blutverlust so groß, daß zu befürchten wäre, daß die Entbundene stirbt, ehe der Arzt an Ort und Stelle ist, so muß die Hebamme selbst versuchen, den Fruchtkuchen zu lösen.“ Folgt genaue Anweisung.

Im § 138 heißt es: „Vor dem Aufstehen soll die Hebamme sich genau überzeugen, daß die Gegend der breiten Mutterbänder nicht schmerzhaft ist und daß der innere Muttermund den Finger nicht mehr durchläßt. (Sic!)

§ 144 trägt der Hebamme auf, die Wöchnerin in den ersten acht Tagen mangels spontaner Miktion 2—3 mal täglich zu katheterisieren. Nur „falls es der Hebamme nicht gelingt, den Urin abzunehmen, so ist ohne weiteres Warten der Arzt zu rufen.“

§ 145. „Schmerzhafte Nachwehen sind, wenn kein Fieber zugegen ist, nicht als krankhaft anzusehen. Sind sie sehr häufig und schmerzhaft, so legt man eine Eisblase (?) auf den Unterleib und läßt Kamillentee trinken.“

Bei Zwillingsschwangerschaften wäre es wohl angezeigt gewesen, nachdrücklichst darauf hinzuweisen, daß nach der Geburt des ersten Zwillings die Nabelschnur besonders sorgfältig unterbunden werden muß. Referent erinnert sich eines Falles, wo an dieser Nachlässigkeit der Hebamme sich die Mutter aus der schlecht unterbundenen Nabelschnur verblutete.

§ 277 unterweist die Hebamme in der Ausführung der Walcherschen Schwingungen bei Asphyxie der Neugeborenen; dagegen wäre nichts zu sagen, wenn Verfasser die Hebamme darauf aufmerksam machen würde, daß zuvor der aspirierte, meist im Hauptbronchus restierende Schleim durch Ansaugen entfernt werden muß.

§ 308. Fehlgeburten zwischen der 20. und 28. Woche kann die Hebamme, wenn keine besondere Blutung eintritt, ohne den Arzt besorgen.“ (Was ist eine besondere Blutung?)

§ 315. „Läßt sich bei seitlich tiefem Sitz des Fruchtkuchens, wo also Eihäute im Muttermunde zu fühlen sind,



die Blutung durch kräftiges Stopfen nicht stillen, so darf die Hebamme bei handtellergroßem Muttermund und kräftigen Wehen die Blase sprengen, damit der Kopf tiefer tritt und die blutende Stelle zudrückt oder um bei Steiß- und Fußlagen Steiß und Fuß hereinzuleiten.“

Die Hebammen, so wie sie jetzt sind, sind zu einer Landplage geworden. Unwissend, unrein, aufdringlich und um so selbstbewußter, je unwissender sie sind, bilden sie gleichwohl das erste Aufgebot der ärztlichen Hilfe, nicht bloß im Dorf, das ohne Arzt dasteht, auch in der kleinen, ja selbst in der Großstadt mit ihrer Überfülle an Ärzten. Einem von den oberen 10 wie Walcher kommt die Hebammenkalamität freilich nicht so zu Bewußtsein, wie der misera contribues plebs der Praktiker, deren Praxis sie durch offenes und geheimes Kurpfuschen schädigen, deren Renommee sie heruntersetzen und die in ihren Augen nur den Daseinszweck haben, das Unheil, das sie durch Unreinlichkeit und Dreistigkeit angerichtet haben, gegenüber der Behörde zu decken. Bei der Uneinigkeit der Ärzte untereinander, bei der Abhängigkeit derselben von den Hebammen, durch die es den Hebammen in den meisten Fällen, wo sie etwas verfehlt haben, gelingt, straflos durchzuschlüpfen, bei der mangelhaften Intelligenz unseres Hebammenpersonals der ganz unzureichenden Aseptik resp. Antiseptik ist es eine direkte Gefahr für Leib und Leben unserer Bevölkerung, wenn den Hebammen von autoritativer Seite solche Befugnisse erteilt werden, wie die kurzen, oben angeführten Stichproben zeigen. Man komme uns nicht mit dem Einwand, die Hebamme müsse für die Fälle gerüstet sein, wo ein Arzt nicht rechtzeitig zur Stelle sein könne; im Besitze solcher Befugnisse werden sie bei dem ihrem Einflusse zugänglichen Teil der Bevölkerung stets den Appell an den Arzt zu hintertreiben wissen, bis es zu spät ist, der Arzt rechtzeitig nicht mehr beschafft werden kann.

V. Aus der Praxis.

Ist Ammonicum sulfoichthyolicum durch Surrogate für therapeutische Zwecke zu ersetzen?

Goldmann hat mit zwei Ersatzpräparaten Isarol und Piscarol Versuche im Werkspitale in Brennerberg angestellt und kommt zu negativen Schlüssen. Im folgenden berichten wir nach Deutscher Ärzte-Zeitung, Nr. 16, 1906.

G. hat gefunden, daß keines der beiden Präparate, insbesondere aber Piscarol innerlich vertragen wurde. Stets folgte kurze Zeit nach der Einnahme Brechreiz, übles Aufstoßen, in vielen Fällen Erbrechen.

Zum externen Gebrauche machte er parallele Versuche mit 10%igem Ichthyolglyzerin einerseits und mit gleichen Lösungen des Isarol und Piscarol andererseits. Wir finden bei schmerzhaften Prozessen der Adnexa nach Einführung von Ichthyoltampons bald eine Linderung der Schmerzen und sehen Exsudate oder deren Residuen sich deutlich resorbieren. Dies ist eine Tatsache, die bei Ichthyol bloß in den alleräußersten Fällen ausbleibt. Wie steht es nun bei diesen Erkrankungen mit Isarol und Piscarol?

Er hat fünf Fälle mit diesen Präparaten (10%ige Glyzerinlösung) behandelt, und zwar drei mit Isarol, zwei mit Piscarol. Es handelte sich in den fünf Fällen um die ganz gleiche Erkrankung: Parametritis chronica sinistra. Die eingeführten Isarol- und Piscaroltampons bereiteten in allen Fällen ein heftiges Brennen. Letzteres kommt übrigens nach Einführung des ersten Ichthyoltampons in geringem Grade auch vor, verliert sich nach einigen Stunden und tritt bei wiederholtem Einlegen der Tampons gar nicht mehr auf. Bei den Surrogatpräparaten blieb das schmerzhafte Gefühl aufrecht, ja es steigerte sich noch mehr und wurde nach dem dritten Tampon am achten Behandlungstage derart heftig, daß die Patientinnen eine weitere Behandlung verweigerten. Die vorgenommene Digitaluntersuchung erwies sich schmerzhafter als vor der Behandlung, und die Spiegeluntersuchung ergab Rötung und Schwellung an den Stellen, an denen der Tampon aufgelegen hatte. Er mußte die Behandlung aufgeben, einige Tage Lysoformirrigationen vornehmen lassen, um dann die Kur mit Ichthyolammonium fortzusetzen und zu beenden. Ähnlich waren die Erscheinungen, welche die Isarol- und Piscarolwirkung bei Verbrennungen und Erysipelen hervorrief. Die Schmerzen, die unter Ichthyolbehandlung allmählich abklingen, wurden bei der Surrogatbehandlung stets heftiger, die Spannung beim Erysipel stärker, bei den Brandwunden trat heftige zirkumskripte Rötung mit gleichzeitiger Schwellung der kollateralen Lymphdrüsen auf. Dies ist wohl ein sicherer Beweis des örtlichen Reizes, den er bei Ichthyol stets vermissen konnte.

Fortschritte in der Wohnungshygiene.

Von **Dr. Louis Lesmann.**

Die moderne Medizin steht unter dem Zeichen der Vorbeugung der Krankheiten. Im Geiste Pettenkofers, des Begründers der Hygiene, sucht sie die Möglichkeiten zur Entstehung der Krankheiten zu verringern. Eine der stärksten Waffen in diesem Kampfe ist die Desinfektion der Wohnungen. Besonders bei der Bekämpfung der Tuberkulose, dieser Geißel Wiens, ist sie wichtig. Das Wiener Stadtphysikat hat seit einer Reihe von Jahren die städtischen Bezirksärzte beauftragt, nach Todesfällen an Tuberkulose die Desinfektion der Wohnungen durchführen zu lassen; bei Todesfällen in Spitälern ist der letzte Wohnort des Verstorbenen zu desinfizieren. Das ist aber nicht ausreichend. Darüber sagt der offizielle Bericht des Wiener Stadtphysikates: „Es ist klar, daß bei diesem Vorgange nur ein minimaler Bruchteil der von dem Kranken ausgeschiedenen Bakterien, und zwar sehr spät vernichtet wird, daß diese Unschädlichmachung, wenn nicht früher, mindestens in dem Momente erfolgen sollte, wo der Kranke die Wohnung verlassen hat, zumeist um im Spitale Pflege zu finden.

In den Wiener öffentlichen Spitälern kamen in Abgang mit Tuberkulose:

Im Jahre:	Personen:	geheilt oder gebessert:	ungeheilt:	gestorben:
1898 . .	5058	2613	325	2120
1897 . .	6004	3523	406	2975
1896 . .	4427	2153	266	2008
1895 . .	4996	2435	293	2268
1894 . .	4511	2184	329	1998

Es wurden daher in den Jahren 1894 bis 1898 aus den öffentlichen Krankenhäusern Wiens **4000** bis **5000** tuberkulöse Personen jährlich entlassen, daher mindestens ebensoviel aufgenommen, welche in den betreffenden Wohnungen 4000 bis 5000 Quellen für weitere tuberkulöse Infektionen zurückgelassen haben.

Berücksichtigen wir dabei nur die Fälle von Lungentuberkulose, so betragen die Ziffern:

für das Jahr 1898 3797
„ „ „ 1897 4393
„ „ „ 1896 3874
„ „ „ 1895 4478
„ „ „ 1894 4184

Würden nun die Wohnungen, welche an Lungentuberkulose leidende Personen verlassen, nach ihrer Aufnahme ins Spital desinfiziert werden, so würden jährlich 4000 bis 5000 Herde für weitere tuberkulöse Infektionen vernichtet werden. Bei dieser Berechnung ist nur die Aufnahme in die öffentlichen Spitäler, nicht in die Privatspitäler und Heilanstalten in Betracht gezogen; um diese Summe erhöht sich noch die Zahl. Deshalb schlägt das Stadtphysikat vor, die Spitäler Wiens zu verhalten, jede Aufnahme von Lungentuberkulose dem Stadtphysikate, beziehungsweise dem zuständigen Bezirksamte (mit Rücksicht auf den letzten Wohnort des Kranken) bekanntzugeben, welches die Desinfektion der betreffenden Wohnung zu veranlassen hätte. Die Desinfektion soll die Kleider der Kranken, das von ihnen be-

nützte Bett und die Desinfektion des Schlafraumes, Fußbodens, Schmutzwäsche betreffen und zugleich die Gelegenheit bieten, in den betreffenden Wohnungen vorhandene Unzukömmlichkeiten und „Übelstände (Überfüllung, feuchte Mauern, schadhafter Fußboden) abzustellen". Leider ist diese wichtige Anregung von der k. k. Statthalterei noch nicht gebührend gewürdigt worden.

Und doch ist die Hygiene der Wohnung eine der wichtigsten Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege. Bei dem wohlhabenden Teile der Bevölkerung sind die Verhältnisse an sich günstiger, da sie in günstigeren Wohnungsverhältnissen lebt, im steten Verkehre mit den Hausärzten sich befindet und dadurch die notwendigen prophylaktischen Maßnahmen zu würdigen und zu unterstützen geneigt ist. In jenen Schichten der Bevölkerung dagegen, die am schwersten von dem ungünstigen Wohnungswesen betroffen wird, ist der Sinn für hygienisches Vorgehen oft am wenigsten entwickelt; wo das Bettgeherwesen blüht, da schenkt man der Gesundheit des Individuums in der Regel die geringste Aufmerksamkeit. Die Wohnungsinhaber und ihre Aftermieter wechseln fort und fort, sie kommen auch oft genug in Spitalspflege, die Reinigung, die nach ihrem Abgange vorgenommen wird, ist oft eine höchst dürftige oder mangelhafte, und doch ist die Zahl derer, die oft nach kurzem Aufenthalte eine Wohnung wegen ihrer Erkrankung an Tuberkulose verlassen, wie oben statistisch belegt, keine geringe. Viele dieser Personen schwanken zwischen dem Aufenthalte im Spitale und den verschiedenen Bettstellen, bis sie schließlich das Spital nicht mehr verlassen. In allen diesen Unterstandsorten leben sie in steter Gemeinschaft mit anderen Personen, das Bett, das sie beim Wohnungswechsel verlassen, dient nachträglich oft zahlreichen anderen Personen als Lagerstätte, die Kleider wechseln, die Besitzer und der Fußboden zeigt oft lange nachher die Spuren des Krankheitsprozesses; von diesem lebhaft fluktuierenden Teile der Bevölkerung droht diesen selbst, wie der ständigen armen Bevölkerung eine große Gefahr.

Die Bedeutung einer zielbewußten Desinfektion ist also einleuchtend. Deshalb geht auch das neue deutsche Seuchengesetz so weit, denjenigen, der durch sein Verhalten eine ausreichende Desinfektion verhindert, zu bestrafen, unter Umständen sehr streng, besonders wenn durch wissentliche Verschleppung verseuchter Gegenstände etwa neue Krankheitsfälle verursacht werden.

Eine Brutstätte der Bazillen, nicht nur der Tuberkelbazillen, bieten die weichen Fußböden, wenn man sie ungestrichen läßt. Jede Ritze im Fußboden, jede Pore im Holz bildet einen Herd dieser Feinde der Menschen. Generationen haben in einer Wohnung gehaust, und haben die verschiedensten Krankheitskeime dahin gebracht. Wohl sorgt jede Hausfrau für „das Ausputzen der Wohnung". Sie läßt die Wände neu mit Kalk streichen, sie wäscht Fenster und Türen, aber an den Fußboden denkt sie nicht; da bleiben die Ritzen und Poren offen und bilden einen Herd, in welchem die Bazillen ruhig fortwuchern, um bei irgend einer Gelegenheit den ahnungslosen Bewohner zu überfallen. Besonders gefährlich werden gerade diese Herde für die Kinder, die am Boden sich spielen und überdies gewohnt sind jeden Gegenstand, der am Boden liegt, in den Mund zu nehmen. Diese Quelle der tuberkulosen Infektion, die sogenannte „Bodenschmutzinfektion" ist schon längst von den Kinderärzten als eine der häufigsten bei den kleinen Kindern erkannt worden.

Wohl ist es üblich, die Fußboden mit Wasser aufzuwaschen, aber es liegt in der Natur der Sache, daß dies nur oberflächlich geschehen kann. In die tieferen Ritzen, in die Winkel dringt das Wasser nicht oder sehr wenig; dringt es doch ein, so stört es die Bazillen nicht in ihrer Entwicklung. Schadet es doch nicht einmal dem Ungeziefer, das mit Vorliebe hier nistet. Dagegen wird durch diese Art des Reinigens namentlich im Winter, wenn geheizt wird, die Luft des Zimmers feucht und ungesund gemacht. Für Kinder und besonders für Personen, die an Gicht und Rheumatismus leiden, ist die Luft eines solchen Zimmers direkt schädlich; sie verschlimmert die Leiden, wenn sie sie nicht direkt erzeugt; es muß daher vor dem nassen Aufreiben der Fußboden eindringlich gewarnt werden.

Alle die geschilderten Übelstände werden sofort beseitigt, wenn man den Fußboden mit einem guten Fußbodenlack streicht. Wir wissen, daß gerade die Bazillen, um die es sich hier handelt, die Tuberkelbazillen, die Pneumonokokken und Staphylokokken im Lacke absterben. Ferner erhält der Fußboden durch einen guten Lackanstrich eine feste, glatte Oberfläche, die jedes Eindringen von Staub und Insekten unmöglich macht. Auch die Eier vieler Insekten, deren Rolle als Krankheitsüberträger wir erst in der letzten Zeit kennen lernten, gehen in der Lacklösung zugrunde, so daß nicht nur die Bazillenbrut, sondern auch die Insektenbrut vernichtet wird.

Das Reinigen einer derart platten Oberfläche ist sehr einfach; wird dabei Wasser verwendet, so kann dasselbe nicht in das Holz eindringen, und infolgedessen ist der Boden nach dem Aufwaschen sofort trocken. Vom medizinischen Standpunkte kann daher das Streichen weicher Fußboden nicht eindringlich genug empfohlen werden.

Werfen wir zum Schlusse noch einen Blick auf die Frage: Welchen Lack sollen wir wählen?

Wenn man sich die Arbeit und Mühe macht, die jeder Fußbodenanstrich verlangt, wenn man die unvermeidlichen lästigen Störungen im Haushalte über sich ergehen läßt, dann soll man zur Wohnungsdesinfektion einen Lack wählen, welcher die Gewähr bietet, daß der Anstrich tadellos ausfällt und wirklich in alle Poren des Fußbodens dringt, damit nicht der Zweck der ganzen Arbeit in Frage gestellt wird; denn mindere Fußbodenlacke gehen und treten sich in kurzer Zeit ab. Die harte, glatte, tief eindringende Oberflächenfärbung, auf die wir in unseren vorhergehenden Ausführungen besonderen Wert legten, wird durch diese nicht erreicht.

Will man daher wirklich seinen Zweck erreichen, so muß man nur Fußbodenlack allerbester Qualität wählen. Als ein in jeder Beziehung erstklassiges Fabrikat, das einen harten und dauerhaften, tief eindringenden und wegen seiner Ausgiebigkeit auch billigen Anstrich gibt, ist uns die Marke „Fritzelack", erzeugt von der Hetzendorfer Farbenfabrik O. Fritze, Wien XII/4 bekannt, die im Vergleiche mit anderen Marken sich als der allen hygienischen Anforderungen am meisten entsprechende Lack erwies.

VI. Notizen.

Hochschulnachrichten. Die kaiserliche Akademie der Wissenschaften in Wien hat u. a. die folgenden Subventionen bewilligt: Prof. Kreidl in Wien zur Ausführung von Lichtmessungen im Adriatischen Meere K 1000; Dr. H. Pfeiffer in Graz zur Fortsetzung seiner Studien über Serum gegen Brandwundengift K 1500; Prof. Finger in Wien zur Fortsetzung seiner Forschungen über Syphilisimpfungen K 2000; Dr. Pöch: Anthropologische und ethnologische Studien bei den Buschmännern K 25.000.

Wien. Aus Heidelberg wird uns berichtet, daß der dortige Professor der Gynäkologie A. v. Rosthorn den an ihn ergangenen Ruf aus Wien nunmehr angenommen hat. — Weiters erfahren wir, daß Prof. Dr. J. Pfannenstiel in Gießen den Ruf nach Kiel als ord. Professor der Gynäkologie angenommen hat.

Graz. Dr. Hans Eppinger hat sich für innere Medizin an der medizinischen Fakultät habilitiert.

Dresden. Der Nachfolger des nach Halle a. S. als Ordinarius gehenden Prof. A. Schmidt ist Privatdozent Dr. Rostoski, Assistent der medizinischen Klinik in Würzburg.

Greifswald. Der ordentliche Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie und Direktor der Frauenklinik an der dortigen Universität, Dr. med. August Martin, gedenkt zum Herbst d. J. vom Lehramte zurückzutreten. Prof. Martin steht im 60. Lebensjahre.

Stuttgart. Der Neurologe San.-Rat Dr. Hermann Wildermuth ist im Alter von 55 Jahren gestorben.

Tübingen. Prof. Dr. v. Jürgensen, Vorstand der medizinischen Poliklinik und Ordinarius für Arzneimittellehre in Tübingen, ist am 8. Mai 1907 gestorben. Prof. v. Jürgensen war am Ende



des letzten Semesters an einer Influenza erkrankt, die durch Herzinsuffizienz schließlich zum Tode führte.

Upsala. Zu Ehrendoktoren der Medizin sind außer Häckel auch der Botaniker A. Engler, der Anatom und Biologe Oskar Hertwig in Berlin, der Mathematiker A. Wangerin in Halle und der Botaniker J. Wiesner in Wien ernannt worden.

Vom Bau des neuen Wiener allgemeinen Krankenhauses. Das gesamte Programm der klinischen Neubauten, mit dessen Realisierung jahrzehntelangen, mehr als berechtigten Klagen abgeholfen werden wird, dürfte in vier Bauperioden ausgeführt sein. Jede Bauperiode umfaßt etwa zwei Jahre. Wiewohl die endgültigen finanziellen Abschlüsse über die erste Bauperiode noch nicht vorliegen, kann man doch annehmen, daß die Voranschläge im großen und ganzen eingehalten wurden. Das Programm wurde von einer gemischten Kommission, in der neben den technischen Organen Universitätsprofessoren, Vertreter verschiedener Ministerien und des Obersten Sanitätsrates sitzen, auf Grund eingehender Studien aller ähnlichen Einrichtungen des Auslandes entworfen, und diese Kommission überwacht auch die Bauführung. Die Bauten der ersten Periode, die beiden Frauenkliniken, sind so weit vorgeschritten, daß sie voraussichtlich mit kommendem Oktober ihrer Bestimmung übergeben werden können. Diese zwei Institute erheben sich auf den zum früheren Versorgungshaus gehörigen Grundflächen, während die Klinik für interne Medizin, die laryngologische und die Kinderklinik bereits auf die Ära der Irrenanstalt zu stehen kommen. Die Verlegung der Irrenanstalt, die man übrigens auch noch für heuer erwartet, hat, da es sich vorerst um bisher unbenützt gewesene Grundstücke handelt, auf die Bautätigkeit keinen Einfluß. Was die neue Noordensche Klinik anlangt, so wird sie durch eigene Küchenanlagen für diätetische Behandlung und besondere Laboratorien, wie sie der von diesem Gelehrten propagierten „Chemie am Krankenbette" dienen, erhöhten Kostenaufwand erfordern. Mit Aktivierung der Kinderklinik wird die Frage des Säuglingsschutzes einen guten Schritt nach vorwärts tun. Es wurde nämlich mit dem Vereine, welcher das St. Anna-Kinderspital erhält, ein Abkommen getroffen, wonach dessen Krankenabteilungen an die neue Kinderklinik übergehen, während das St. Anna-Kinderspital sich ausschließlich dem Säuglingsschutze zuwenden wird, der in Prof. Escherich seinen energischesten Vorkämpfer hat. Die laryngologische Klinik wird zuversichtlich noch in der zweiten Bauperiode zur Ausführung kommen, und der diesbezüglich vom Minister gemachte Vorbehalt findet seine Begründung darin, daß die mit der Leitung der Krankenhausbauten betraute Ministerialkommission über diese Klinik noch nicht formell zu beschließen Gelegenheit hatte. Eine Abänderung hat das ursprüngliche Bauprogramm nur insoferne erfahren, als die Herstellung der Küchenanlagen und Verwaltungsgebäude eine Verschiebung erfährt, weil man eine geteilte Administration des Krankenhauses, die erhöhte Kosten bedingen würde, perhorresziert. Diese Bauten sind demnach jetzt nicht notwendig und werden erst nach Fertigstellung der Mehrzahl der Kliniken in Angriff genommen werden. Der Haupttrakt des Versorgungshauses, der belassen wurde und in dem jetzt die Bauleitung installiert ist, wird für die Unterkunft der weltlichen Pflegerinnen adaptiert werden.

Geheimrat Biers Nachfolger. Der ordentliche Professor und Direktor der chirurgischen Klinik in Breslau, Geheimer Medizinalrat Dr. med. Karl Garrè, hat einen Ruf in gleicher Eigenschaft an die Bonner Universität erhalten und angenommen. Er tritt an die Stelle von Prof. Bier, der bekanntlich Bergmanns Lehrstuhl in Berlin übernommen hat. Karl Garrè, der im 50. Lebensjahre steht, ist von Geburt Schweizer und hat seine Jugend bis zum 30. Lebensjahre fast ausschließlich in der Schweiz zugebracht. Er studierte in Zürich und Leipzig, beendete sein Studium in Bern, um sich sofort mit Interesse der Chirurgie zuzuwenden. Nachdem er als Assistenzarzt in St. Gallen tätig war, zog es ihn an die chirurgische Klinik zu Basel, der Socin als unbestrittene Größe 38 Jahre, bis 1899, vorgestanden hatte. Dort wurde Garrè 1886 Privatdozent, wirkte aber nur zwei Jahre in dieser Eigenschaft, da er einem Rufe nach Tübingen als erster Assistent des heute noch dort wirkenden Geheimrates Bruns folgte. Im Jahre 1894 wurde Garrè als Ordinarius nach Rostock berufen, wo er sechs Jahre erfolgreich gewirkt hat. Als 1901 der Königsberger Chirurg Freiherr v. Eiselsberg dem Rufe seiner Heimatstadt Wien Folge leistete, war Garrè berufen, die Lücke auszufüllen, und die gleiche Aufgabe wurde ihm in Breslau zuerteilt, als vor zwei Jahren der dortige Lehrstuhl für Chirurgie durch den Tod des unvergeßlichen Mikulicz frei wurde. Außerordentlich groß ist die Zahl wissenschaftlicher Arbeiten aus der Feder Garrès. Es gibt wenige Gebiete der Chirurgie, zu deren Ausbau er nicht auch einen wichtigen Stein hinzugetragen hätte. Unter den zahlreichen Veröffentlichungen seien nur die grundlegenden Arbeiten auf dem neuesten Forschungsgebiete, der Lungenchirurgie genannt, auf dem er allgemein als ein Führer bezeichnet wird. Ferner hat Garrè umfassende Forschungen in der Transplantation angestellt, das heißt über die Möglichkeit, lebensfähige Teile des Körpers von einem Menschen auf den anderen oder von einem Körperteil auf einen anderen zu verpflanzen. Er ist bei diesen Arbeiten den physiologischen Vorgängen auf den Grund gegangen und hielt über das Thema auf der letzten Naturforscherversammlung in Stuttgart den Hauptvortrag. Auch die Bakteriologie verdankt dem berühmten Chirurgen so manchen wesentlichen Fortschritt; neben maßgebenden Monographien über Milzbrand, Strahlenpilzerkrankung usw. im Handbuch von Pentzold und Stintzing sind am bekanntesten die Versuche über die Entstehung von Furunkeln, wobei der kühne Forscher meist sich selbst als Versuchsobjekt benutzte.

Die 79. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte findet in der Zeit vom 15. bis 21. September d. J. in Dresden statt. Die allgemeinen Sitzungen der diesjährigen Tagung sollen Montag, den 16. und Freitag, den 20. September vormittags stattfinden; es sind dafür Vorträge von den Herren Professoren Dr. Hempel, Dresden, Dr. Hergesell, Straßburg, Dr. Hoche, Freiburg i. B., Dr. zur Strassen, Leipzig, in Aussicht genommen. Für Donnerstag, den 19. September, vormittags ist eine Gesamtsitzung der beiden wissenschaftlichen Hauptgruppen, für den Nachmittag desselben Tages sind gemeinsame Sitzungen je der beiden Hauptgruppen geplant. Die Abteilungssitzungen sollen am 16. nachmittags und am 17. und 18. vormittags und nachmittags abgehalten werden. Die Abteilungen, deren Verzeichnis untenstehend folgt, sind seit der vorjährigen Versammlung in Stuttgart um eine — 1b Astronomie und Geodäsie — vermehrt worden. Verzeichnis der Abteilungen: a) Naturwissenschaftliche Hauptgruppe: 1a. Mathematik. 1b. Astronomie und Geodäsie. 2. Physik, einschließlich Instrumentenkunde und wissenschaftliche Photographie. 3. Angewandte Mathematik und Physik (Ingenieurwissenschaften, einschließlich Elektrotechnik). 4. Chemie, einschließlich Elektrochemie. 5a. Angewandte Chemie und Nahrungsmitteluntersuchung. 5b. Agrikulturchemie und landwirtschaftliches Versuchswesen. 6. Geophysik, einschließlich Meteorologie und Erdmagnetismus. 7. Geographie, Hydrographie und Kartographie. 8. Mineralogie, Geologie und Paläontologie. 9. Botanik. 10. Zoologie, einschließlich Entomologie. 11. Anthropologie, Ethnologie und Prähistorie. 12. Mathematischer und naturwissenschaftlicher Unterricht. 13. Pharmazie und Pharmakognosie. b) Medizinische Hauptgruppe: 14. Anatomie, Histologie, Embryologie und Physiologie. 15. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. 16. Innere Medizin, Pharmakologie, Balneologie und Hydrotherapie. 17. Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften. 18. Chirurgie. 19. Geburtshilfe und Gynäkologie. 20. Kinderheilkunge. 21. Neurologie und Psychiatrie. 22. Augenheilkunde. 23. Hals- und Nasenkrankheiten. 24. Ohrenheilkunde. 25. Dermatologie und Syphilidologie. 26. Zahnheilkunde. 27. Militärsanitätswesen. 28. Gerichtliche Medizin. 29. Hygiene und Bakteriologie. 30. Tropenhygiene. 31. Praktische Veterinärmedizin.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch - Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1906 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—;** nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—.**

Medizinischer Zeitungsverlag

Telephon 22152. **Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.**

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 26. Wien, 29. Juni 1907. **Nr. 26.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Beziehungen zwischen Darmtätigkeit und lokaler Krankheit.

Von **Dr. Max Meyer**, Bernstadt.

Das sichtliche Versagen der bakteriologischen Anschauungen an dem Prüfstein einer kausalen Therapie bereitet einem Umschwunge der Meinungen auf pathologischem Gebiete die Wege. Der erste Schritt hiezu geschah dadurch, daß man bei dem sonst unerklärlichen Verhalten der anfänglich als alleinige Krankheitsursache angesehenen und darum pathogen genannten Keime für gewisse Individuen eine besondere Prädisposition annahm. Im Verfolg dieser Anschauung nahm man an, daß die bazilläre Invasion einen zu ihrer Ansiedelung geeigneten Nährboden brauche, um weiter gedeihen zu können. Diese Anschauung entsprach ganz den Laboratoriumsversuchen, welche die Tatsache erwiesen hatten, daß es gelang, auf eigens präparierten Nährgelatinen, welche nach mannigfachen Versuchen für jede einzelne Bakterienart speziell ermittelt wurden, die Kleinlebewesen förmlich zu züchten. Aus dem Umstande nun, daß auf dem für die eine Art von Bakterien günstigen Nährgemenge nur eben die bestimmte eine Art ihr Gedeihen fand, während andere Kulturen nicht „angingen", schloß man auf ähnliche Verhältnisse im menschlichen Körper und nahm an, daß der eine nicht von der Infektion ergriffene, Organismus bestimmte Stoffe in sich berge, welche die Entwicklung der eingedrungenen Bakterien aufzuhalten geeignet seien. Wegen des hiedurch für den Organismus angenommenen Schutzes wurden diese supponierten Stoffe Schutzstoffe genannt.

Die nächste Folge dieses Gedankenganges war nun das Bestreben, derartige Schutzstoffe ausfindig zu machen und dem Organismus als Präventivmittel einzuverleiben. Erleichternd für diese Anschauung wirkte hiebei die Erfahrung, daß das einmalige Bestehen einer „Infektionskrankheit" in vielen Fällen einen gewissen Schutz gegen ein nochmaliges Befallenwerden von der betreffenden Krankheit bot. Aus solchen Erwägungen entsprang dann die Serumtherapie: man injizierte einfach eine bestimmte Menge von Serum eines durch Krankheit immun gewordenen Menschen oder später eines durch vorherige Einspritzungen vorbereiteten Tieres in das Körperinnere eines Menschen, um diesen dadurch entweder gegen das Eindringen und Gedeihen der Infektionskeime zu feien oder etwaige bereits doch eingedrungene Krankheitserreger zum Absterben zu bringen.

Der Erfolg entsprach aber nicht den Erwartungen. Solange die Behandlung synchron mit dem ohnehin bereits vor der Behandlung wahrnehmbaren und statistisch nachweislichen Abklingen der jeweiligen Krankheit in Aufnahme kam, konnte eine statistische Berechnung ein sichtliches Nachlassen der Mortalität bestätigen, umsomehr dann, wenn man der jeweiligen Krankheit größere Aufmerksamkeit schenkte und hiebei Fälle unter dieselbe rubrizierte, welche man früher von einem anderen Gesichtspunkt aus ansah. Bei alledem aber mehrten sich doch die Beobachtungen, daß weder die prophylaktische, noch die während der Erkrankung vorgenommene Serumbehandlung imstande war, in einer ganzen Reihe von Fällen die erhoffte Wirkung zu entfalten. Ging man nun aber gar daran, die ganze neuere Statistik einer Revision zu unterziehen und billigerweise nach der früheren Methode aufzustellen, so stellte sich als Fazit der Rechnung, wie beispielsweise für die Diphtherie von Gottstein erwiesen, nichts weiter heraus, als daß die Mortalität im Verhältnis zu den Erkrankungsfällen dieselbe blieb, und daß das scheinbare Nachlassen der Sterblichkeit, absolut und relativ genommen, nur auf Konto der oben erwähnten statistischen Irrung zu setzen war. Als nun vollends zutage kam, daß ursprünglich als vollwertig angesehene Serummengen später als völlig unwirksam angesehen und durch bedeutend stärkere Dosen ersetzt wurden,[1]) und daß man einen gewissen Heilerfolg auch von der bloßen Einverleibung eines beliebigen, nicht immunisierten und als bloßer Fremdkörper wirkenden Serums sah[2]), mußten ernste Bedenken auch einem ursprünglich vielleicht überzeugungstreuen Anhänger der Serumbehandlung aufstoßen. Noch weniger aber als die Serumbehandlung, leistete, wie eingangs erwähnt, eine gegen den eigentlichen Krankheitsherd gerichtete kausale Therapie, welche noch das Üble mit sich brachte, den Organismus unter die Einwirkung fremder, protoplasmafeindlicher Stoffe zu setzen.

Angesichts solcher Erfahrungen mußte es die Aufgabe ärztlichen Forschens werden, nach der Krankheitsentstehung auf einem anderen Wege zu suchen. Als Ausgangspunkt solcher Forschung kann das sichtliche und unbestreitbare Vorhandensein einer Disposition des Einzelindividuums und ganzer Menschenklassen genommen werden.

[1]) Kassowitz, Therapeutische Monatshefte 1904. p. 503.

[2]) Bertin (Berliner klin. Wochenschrift 1895, Nr. 13), welcher mit gewöhnlichem Serum von gesunden Pferden die gleiche Wirkung erzielte, wie Behring mit dem Diphtherieserum.



Wenn wir hiebei naheliegende Vergleiche mit der Tier- und noch mehr mit der Pflanzenwelt anstellen, so begeben wir uns auf das Gebiet der naturwissenschaftlichen Betrachtung.

Eine derartige Stellungnahme war lange Zeit verpönt und ist es bei denen wohl heute noch, welche in einem von ihrem Standpunkt aus berechtigten Mißtrauen gegen naturwissenschaftlich-philosophische Deduktionen fürchten, daß das Gebäude ihrer Dogmen erschüttert werde.

Das, was wir Disposition oder verminderte Widerstandsfähigkeit nennen, finden wir bei der Pflanze gleichfalls. Das Absterben ganzer Pflanzenteile, das Erkranken einzelner Bezirke, das Befallenwerden durch je nach Pflanzenspezies charakteristische Schmarotzer, das verschiedene Verhalten klimatischen Einflüssen gegenüber usw. sind Erscheinungen, die zur Genüge bekannt sind. Der erfahrene Kenner führt solche auf allgemeine oder lokale Strukturveränderungen des Pflanzenprotoplasmas zurück, nicht aber auf die Einwirkung tierischer oder pflanzlicher Kleinlebewesen, ja selbst in denjenigen Fällen, wo sichtliche Schmarotzerkolonien zu beobachten sind (z. B. Mehltau, Kornbrand, Mykosen, Ungeziefer usw.) sucht er die Krankheitsursache nicht lediglich in solchen von außen eingedrungenen tierischen oder pflanzlichen Parasiten, sondern in einer Veränderung des Protoplasmas der Pflanze, welche der Ansiedlung und Weiterentwicklung der Eindringlinge einen geeigneten Nährboden darbietet.

Eine solche Veränderung des Pflanzenprotoplasmas kann nun auf mancherlei Weise herbeigeführt werden. Einmal sind es Kälte- oder Wärmereize, dann rein mechanische Insulte, bestimmte Vererbungsvorgänge, Störungen des Gasaustausches bezw. Stoffwechsels, vor allem aber Veränderungen des Bodens, von welchem aus die Pflanze ihre Nährsubstanzen bezieht. Dieses Verhalten ist bereits so bekannt, daß z. B. der erfahrene Gärtner aus der Art und Weise der parasitischen Besiedlung einen Rückschluß auf die Bodenbeschaffenheit zu machen in der Lage ist.

Gewöhnlich ist es die Anwesenheit von Zersetzungsvorgängen in dem Nährboden, welche bei reichlicher Anwesenheit von Wasser und dadurch erhöhter Resorptionsmöglichkeit der Pflanze ein charakteristisches Gepräge verleihen. Das Wesentliche hiebei ist eine Neigung zu raschem Zerfall sowohl allgemeiner als auch lokaler Art; im letzteren Falle geben ursprünglich geringfügige äußere Insulte den Anstoß zu weitgreifenden Zersetzungen, gewöhnlich unter Mitwirkung einer parasitären Flora und zu raschem Absterben.[3]) Ganz augenfällig wird diese Erscheinung, wenn z. B. in nassen Jahren die gemeinsame Schädlichkeit ganze Länder befällt; ganze Ernten können dadurch in Frage kommen. Am besten verhalten sich dann solche Bezirke, welche wegen der Durchlässigkeit des Bodens die Zersetzungsvorgänge nicht begünstigen, die aufsaugenden Wurzeln beziehen dann ihren Bedarf aus einem ständig sich erneuernden Medium, nicht aber aus einer stagnierenden und zu Zersetzung neigenden Flüssigkeit.

Es liegt nahe, dieselben Verhältnisse wie bei dem pflanzlichen Protoplasma nun auch für das tierische Protoplasma anzunehmen. Diese Annahme liegt umso näher, als das tierische Protoplasma dem pflanzlichen gegenüber zahlreiche Übergänge und Analogien zeigt. Bei beiden sind in den höher ausgebildeten Formen die Aufnahmeorgane differenziert und bilden bei jenen die Wurzeln und bei diesen den Verdauungskanal.

Was der Pflanze zersetzte Nährlösung ist, ist für den tierischen bezw. menschlichen Organismus verdorbene Nahrung. Die letztere kann bereits außerhalb des Organismus bestimmte Umwandlungen erfahren haben oder kann sich erst im Körper selbst zersetzen; in beiden Fällen bezieht der aufsaugende Darm seinen Bedarf aus Substanzen, welche zumeist unter der Form der Eiweißfäulnis gewisse protoplasmafeindliche Stoffe (Toxine) ausgeschieden haben.

Während wir nun für die Aufnahme bereits verdorbener Nahrung, zumal bei gehäuftem Vorkommen, durch eine Reihe von Symptomen gewisse Anhaltspunkte besitzen, ist die Erkenntnis der erst im Darme sich bildenden Zersetzungen und deren Folgen nicht immer leicht. Der Grund hiefür ist darin zu suchen, daß man bislang den verschiedenen Formen der Darmtätigkeit zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt hat.

Von den fünf Haupttypen der Verdauungstätigkeit, welche in meiner Schrift „Die Gesundheitsstörungen vom Darm aus"[4]) beschrieben worden sind, haben nur zwei die Anwartschaft darauf, keine Zersetzungsvorgänge im Darminnern aufkommen zu lassen: die normale Verdauung mit relativ zeitiger Eindickung der Ingesta und die beschleunigte Darmpassage.

Die ganze Art unserer Ernährung und Lebensweise, gewisse Vererbungsvorgänge und äußere, zumeist unvermeidbare Schädlichkeiten (Erkältungen, Veränderungen der Ernährung, Medikamente, Nervenchok durch Gemütserregungen usw.) beeinflussen nun die regelmäßige, mäßig beschleunigte und darum Zersetzungsvorgängen nicht günstige Darmtätigkeit in nachteiliger Weise. Unter solchen Umständen ist für einen erheblichen Prozentsatz eine ständige Verlangsamung der Darmtätigkeit anzunehmen und nachzuweisen. Die dadurch erzeugten Schädigungen würden viel zahlreicher sein, wenn es nicht den ausscheidenden und entgiftenden Organen des Körpers in einer Reihe von Fällen gelänge, ein Gegengewicht zu bieten und vor allem, wenn nicht durch die schließliche Eindickung und Verhärtung der Ingesta ungünstige Resorptionsbedingungen für den Darm geschaffen würden. Aber gerade diese an sich günstig zu bewertende Verhärtung erweist sich wiederum als ein mechanisches Hindernis der Weiterbewegung der Ingesta. Es können dann, falls nicht Kunsthilfe oder spontane Entlastung eintreten, je nach Art und Dauer der Störung die Erscheinungen einer akuten oder schleichenden Intoxikation zur Beobachtung kommen.

Man hat für das Erkennen, namentlich der letzteren, in neuester Zeit ein geübteres Auge bekommen, und man hat manche früher unerklärbare Krankheitserscheinung auf sie zurückzuführen vermocht.

Wenig aber hat man sich bis jetzt dazu verstanden, den Einfluß von Zersetzungsprodukten, welche vom Darm aus zur Resorption gelangen, auf bereits bestehende erworbene oder vererbte Protoplasmaschädigungen zu studieren.

Für eine Reihe von Krankheitserscheinungen habe ich den sichtlichen Zusammenhang mit einer Toxinresorption vom Darm aus zum Teil an der Hand von Krankengeschichten beschrieben, so für die Pneumonie[5]), verschiedene Hautaffektionen[6]), Haarkrankheiten bezw. Glatze[7]), Erkältungskrankheiten[8]), Lungenleiden[9]) usw.

Für ein ganzes Heer anderweiter Krankheiten, deren Ursache man früher in bazillärer Invasion sah, liegt der gleiche Zusammenhang nahe, und es bereitet keine Schwierigkeit, sich die Einwirkung der Toxine vorzustellen: an eine ererbte oder erworbene Stelle verminderter Protoplasmawertigkeit werden im Blute kreisende Giftstoffe durch die Blut- und Lymphströmung herangebracht und entfalten an dem betreffenden Bezirk ihre protoplasmafeindliche Einwirkung. Ist

[3]) Ich habe hiefür als Beispiel zu meiner Schrift „Die Behandlung der Tuberkulose vom Darm aus" (Therapeutische Monatshefte 1901, November) das Obst angeführt, welches alle möglichen Verschiedenheiten der Protoplasmastruktur vom leicht zersetzlichen und auf dem Baume faulenden bis zu dem jahrelang haltbaren Dauerobst aufweist.

[4]) Verlag von Otto Gmelin, München.
[5]) Ärztliche Praxis 1904.
[6]) Wiener med. Wochenschrift 1904, Nr. 28.
[7]) Die Haarkrankheiten. 2. Aufl. München.
[8]) Die Erkältung. München, Verlag von Seitz & Schauer.
[9]) Therapeutische Monatshefte 1904. Nr. 11.

dem so und gelingt es, die Bildung und die Resorption von Toxinen durch eine geeignete Therapie auszuschalten, so muß es möglich sein, selbst in länger bestehenden Krankheitsprozessen durch eine kausale Therapie dem Fortschreiten der Protoplasmadegeneration Einhalt zu bieten und Heilung zu bewirken. Mit anderen Worten: eine energisch und konsequent durchgeführte Darmreinigung muß imstande sein, jegliche Toxinbildung im Darme zu verhüten und die gefährdeten Protoplasmabezirke von der zerstörenden Einwirkung der resorbierten Protoplasmagifte zu befreien.

In dieser Hinsicht haben seit jeher manche der als wirksam anerkannten Medikationen unbewußte Anwendung gefunden. Es sei erinnert an die Anwendung des Kalomel bei Typhus, des antitoxisch und antifermentativ wirkenden Chinins, der Salizylsäure, der Schwefelwässer, zahlreicher kochsalz-, glaubersalz- und bittersalzhaltiger und deshalb darmreinigend wirkender Mineralquellen, gewisser antiseptisch wirkender Spezifika bei der Lungentuberkulose (Kreosot, Kreosotal, Guajakol usw.), in ähnlicher Weise wirkender Ichthyolpräparate, zahlreicher auf Beschleunigung der Darmbewegung wirkender Mittel usw. Wenn deren Heilwirkung keine nachhaltige war, so lag der Grund zumeist darin, daß zu einer völligen Unschädlichmachung der Darmgifte entweder die Dosis der einverleibten Medikamente nicht ausreichte, oder daß eine fortgesetzte Anwendung aus mancherlei Gründen unterblieb.

Das Haupterfordernis einer zielbewußten Therapie, welche sich die Vermeidung von Darmtoxinen bezw. deren Elimination zur Aufgabe macht, ist eine Beschleunigung der Darmpassage, welche dem Darminhalte keine Zeit läßt, in Fäulnis und Gärung überzugehen und toxische Stoffe zu bilden. Hiezu sind nun die mancherlei drastischen Abführmittel, zumeist pflanzlicher Abstammung, nicht oder nur ausnahmsweise geeignet, weil die Erfahrung lehrt, daß bei deren fortgesetztem Gebrauche der Darm immer funktionsminderwertiger wird, zumal schließlich der für genügende Peristaltik sorgende Reiz als solcher immer weniger zur Geltung kommt, so daß nach einer gewissen Zeit immer neue Steigerungen der Abführmedikationen nötig werden. (Schluß folgt.)

Über die sexuelle Enthaltsamkeit.

Von **Dr. O. Schreiber.**

(Fortsetzung.)

Hensen, Kiel, tritt an die Frage der Nützlichkeit oder Schädlichkeit der sexuellen Enthaltsamkeit in folgender Weise: „die Unenthaltsamkeit bedingt eine Mehrbelastung des Stoffwechsels; wenn dabei die Gesundheit bewahrt werden soll, so ist die Enthaltsamkeit somatisch betrachtet nützlich. Wenn durch irgend welche Verhältnisse im Leben die Phantasie zu sehr in Richtung auf das Geschlechtsleben angeregt wird, so kann dies mancherlei selbst rein somatische Leiden hervorbringen. In solchen Fällen ist Enthaltsamkeit nicht unbedingt zu loben". Hensen bemerkt noch, daß seines Erachtens eine erfolgreiche Bekämpfung der syphilitischen Leiden nur dann möglich sein wird, wenn man sich entschließt, alle Männer einer gewissen Altersperiode zu zwingen, einigemale im Jahre ein Attest abzuliefern, daß sie gesund sind oder daß sie, wenn geschlechtlich krank, in ärztlicher Behandlung stehen.

Nach Tuczeks, Marburg, Erfahrungen ist die geschlechtliche Enthaltsamkeit für junge Leute und Männer nur nützlich und, bei gesundheitsgemäßer Lebensweise, auch unschwer durchführbar. Gesundheitsschädigung, welche auf geschlechtliche Enthaltsamkeit zurückzuführen gewesen wäre, hat Tuczek nie beobachtet.

So einfach die Fragestellung lautet, so schwierig ist es, nach Rumpf, Bonn, sie brevi manu zu beantworten. Es gibt zweifellos Männer, welche bis zu einer Ehe gegen das 30. Lebensjahr kein Weib geschlechtlich berühren und anscheinend enthaltsam sind; die größere Zahl derjenigen, welche höhere und mittlere Schulen besucht haben, ist aber, nach Rumpf, nicht enthaltsam, sei es 1. daß sie geschlechtlich verkehren oder 2. regelmäßig oder gelegentlich Unzucht treiben. Um dieses einzuschränken, müßte man, nach Rumpf, die ganze Erziehung mit ihren Anregungen ändern und weit mehr körperlich ermüdende Tätigkeit eintreten lassen. Daß bei vielen Menschen auch bis zum 30. Lebensjahr die Enthaltsamkeit nicht schadet, unterliegt, für Rumpf, keinem Zweifel. Andererseits schadet der frühzeitige Geschlechtsgenuß vor dem 20. Jahr manchem, wobei neben dem Alter noch viele Nebenumstände in Betracht kommen. Weiterhin stellt sich, nach Rumpf, bei anderen mit der Enthaltsamkeit gegen das 30. Jahr (bald früher, bald später) eine leichte Alteration der Psyche ein, die dem Gebiet der Zwangsvorstellungen am nächsten kommt. Das erstrebenswerte ist, nach Rumpf, allgemeine äußere Lebensverhältnisse zu schaffen, welche es dem Mann ermöglichen, gegen das 25. Jahr zu heiraten.

In Beantwortung der ersten Frage teilt v. Leyden mit, daß er nach seinen Erfahrungen noch niemals schädliche Folgen von geschlechtlicher Enthaltsamkeit bei jungen Leuten und Männern gesehen hat. Schädlich könnte nur sein eine gewisse Beförderung der Onanie, was v. Leyden selbst jedoch nicht beobachtet hat. Nützlich sofern Ansteckungen vermieden und der sittliche Charakter gestärkt wird. Bei jungen Männern gegen 30 Jahre, wenn sie vollkommen geschlechtlich abstinent sind, bemerkt man, nach v. Leyden, öfters eine gewisse psychische Abnormität: Ängstlichkeit oder eine gewisse Affektation. Es ist auch möglich, daß sich bei einzelnen eine durch die Gewohnheit hervorgerufene Furcht vor dem geschlechtlichen Umgange hernach bildet, welche sie verhindern könnte, die Ehe einzugehen oder, wenn sie verheiratet sind, den geschlechtlichen Verkehr mit der Frau auszuüben.

Heim, Erlangen, glaubt, daß die Enthaltsamkeit vom geschlechtlichen Umgang mit dem weiblichen Geschlecht den allermeisten Menschen nicht schädlich ist; bei einzelnen, vielleicht bei mehreren, würden als Folge hysterische Seelenstörungen zu erwarten sein. Zweifellos stellen sich aber häufig derartige und überhaupt nervöse Störungen auf indirektem Wege, und zwar durch Masturbation ein. Direkt nützlich (abgesehen von der Vermeidung der venerischen Infektionen) kann die Enthaltsamkeit für den normal beschaffenen Mann, nach Heim, nicht sein, denn der geschlechliche Umgang ist etwas naturnotwendiges; wir müssen aber an der Forderung festhalten, daß er nur vom vollständig geschlechtsreifen erwachsenen Individuum und mit gesunden Personen gepflogen werde, Bedingungen, die allein in der Ehe am sichersten gewährleistet sind. Zwischen nützlichen und schädlichen Folgen der Enthaltsamkeit liegt noch ein weiter Raum mit allen Übergängen, die je nach der individuellen Veranlagung näher dem einen oder dem anderen stehen. Die geschlechtliche Enthaltsamkeit kann ohne größere Überwindung ertragen werden, wenn zwei Punkte erfüllt sind: 1. nicht sinnliche Veranlagung und 2. Fernhaltung von lüsternen Gesprächen, Veröffentlichungen, Bildern und Vorstellungen.

v. Grützner, Tübingen, teilt mir mit, daß seines Erachtens die geschlechtliche Enthaltsamkeit so gut wie niemals schädlich ist. Sollte sie es vielleicht in ganz einzelnen Fällen sein, in denen große geschlechtliche Aufregung ohne geschlechtliche Befriedigung besteht, so ist diese ihre Schädlichkeit — wenn überhaupt vorhanden — geradezu verschwindend gegenüber ihrer Nützlichkeit. Ist es ja doch ganz allgemein bekannt, daß die geschlechtliche Befriedigung — ganz abgesehen von ethischen Gesichtspunkten — eine der häufigsten Ursachen vielfacher und schwerer Erkrankungen bildet.

Meschede, Königsberg, erachtet die geschlechtliche Enthaltsamkeit im allgemeinen nicht für schädlich, vorausgesetzt, daß im übrigen eine vernünftige Lebensdiätetik beobachtet wird. Meschede ist zu der folgenden Ansicht gekommen: 1. weil ihm in seiner nunmehr 47 Jahre umfassenden



praktischen Tätigkeit auf dem Gebiete der Psychiatrie und der gesamten inneren Medizin kein Fall vorgekommen ist, in welchem die Enthaltsamkeit als Ursache psychischer Erkrankung oder schwerer Nervenleiden einwandsfrei nachgewiesen worden wäre; 2. weil unter normalen Verhältnissen der Ausbildung einer sogenannten Samenplethora durch natürliche Pollutionen vorgebeugt wird, die gewissermaßen als Ventile wirken. Nützlich erscheint die Enthaltsamkeit nach Meschede dadurch, daß sie einen gewissen Schutz gewährt gegen die zwei Hauptleiden, an denen unsere gegenwärtige Generation krankt: gegen Syphilis und Entnervung! Allerdings muß, sagt Meschede, zugegeben werden, daß auch die Enthaltsamkeit schädliche Folgewirkungen haben kann, insofern sie unter Umständen zu unnatürlicher Befriedigung des Geschlechtstriebes verleiten resp. drängen kann. Indeß dürfte aber diese Schädigung, nach Meschede, eine viel geringere sein als die ebengenannte, einesteils weil sie seltener eintritt und mehr als Ausnahme zu betrachten ist, andernteils weil die Schädigung an und für sich keine so tiefgehende und die ganze Konstitution vergiftende zu sein pflegt wie Syphilis und Entnervung. Hiezu kommt noch, nach Meschede, in Betracht, daß bei den auf Konto der Enthaltsamkeit gesetzten Schädigungen diese meist gar nicht die Hauptursache ist, sondern nur eine Nebenrolle spielt.

Neisser ist der Ansicht, daß die allermeisten jungen Männer, ohne Schaden an ihrer Gesundheit zu nehmen, viel länger als es jetzt der Fall ist, sich des geschlechtlichen Verkehrs enthalten könnten. Gewiß, sagt Neisser, muß man zu ihrer Entschuldigung sagen, daß überall, nicht nur in den Großstädten, sondern auch auf dem Lande, die jungen Leute durch die allgemeinen Sitten so vorzeitig auf den geschlechtlichen Verkehr hingewiesen und oft geradezu dazu verführt werden, daß man einen Vorwurf gegen sie um so weniger erheben darf, als ja auch unsere ganze Erziehung sich so gut wie gar nicht um diese Fragen kümmert. Aber eine Gesundheitsschädigung würde Neisser, von ganz vereinzelten Fällen abgesehen, in sehr viel länger durchgeführter Keuschheit nicht erblicken, im Gegenteil eine Aufspeicherung von Kraft, die dem ganzen späteren Leben zugute kommen würde. Allerdings darf man, nach Neisser, nicht vergessen, daß in der heutigen Zeit namentlich durch das, was in den Großstädten der Jugend vor Augen geführt wird, die Sinnen- und Gedankenwelt der jungen Leute so sehr von geschlechtlichen Ideen erfüllt wird, daß unter Umständen ein geregelter geschlechtlicher Verkehr immer noch den Perversitäten vorgezogen werden muß, welchen so häufig diejenigen verfallen, die zum geschlechtlichen Verkehr sich nicht entschließen. Jedenfalls wird, nach Neissers Erachten, nichts übrig bleiben, als in ganz anderer Weise, als bisher geschehen ist, offen und ehrlich alle diese Fragen des geschlechtlichen Verkehrs und namentlich ihre Gefahren mit der Jugend zu besprechen, da die absolute Unkenntnis all dieser Verhältnisse eine große Rolle spielt und großen Schaden anrichtet. Im übrigen erblickt Neisser im Geschlechtsverkehr für den gesunden Mann nichts verwerfliches, sondern nur die selbstverständliche Ausübung einer normalen körperlichen Funktion.

Hoche, Freiburg, hält es für nicht richtig, daß ein gesunder junger Mann durch geschlechtliche Enthaltsamkeit geschädigt wird; er hält es weiter für nicht richtig, daß bei geschlechtlicher Enthaltsamkeit eine Nötigung zur Onanie besteht. Es ist nach Hoche sicher, daß eine große Zahl von Jünglingen und Männern dauernd den Beweis erbringt, daß ein geschlechtlich enthaltsames Leben ohne jede Schädigung der Gesundheit möglich ist. Zuzugeben ist, nach Hoche, daß einzelne krankhaft disponierte Individuen vorkommen, die durch einen unbefriedigten Geschlechtstrieb in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt werden und nervösen Beschwerden mancherlei Art ausgesetzt sind. Die Gründe dieser Erscheinung sind, nach Hoche, darin zu suchen, daß bei diesen Individuen eine abnorm gesteigerte sexuelle Reizbarkeit einhergeht mit einer ebenfalls abnormen Widerstandsunfähigkeit auch gegenüber anderen Entbehrungen, gleichviel welcher Art oder gegen Hemmungen und Durchkreuzungen des Willens auf anderen Gebieten. Diese Art von Individuen findet sich vor allem in der Reihe der konstitutionell Psychopathischen. Natürlich, sagt Hoche, läßt sich aus der Existenz dieser Individuen (die Gegenstand ärztlicher Behandlung sind oder sein sollten) keinerlei für die Allgemeinheit gültiger Schluß ableiten, für welche vielmehr der oben an erster Stelle ausgesprochene Satz seine volle Gültigkeit behält.

Nach Weber, Halle, ist die geschlechtliche Enthaltsamkeit für junge Männer nicht nur nicht schädlich, sondern im Gegenteil nützlich, denn die Enthaltsamkeit hebt die Willenskraft und stärkt die Selbstbeherrschung, wie das moralische Gefühl. Die Natur hat durch das Eintreten von Pollutionen dafür gesorgt, daß der erzeugte Samen abgeführt wird, ohne daß überhaupt ein geschlechtlicher Verkehr stattzufinden braucht. Diese Pollutionen reichen, nach Weber, aus, um schädliche Einflüsse, welche durch Zurückhaltung des Samens herbeigeführt werden könnten, zu verhindern. Deshalb wird ein Mann, der weder durch geschlechtlichen Verkehr noch durch Onanie seinen Samen abführt, nicht an seiner Gesundheit geschädigt. Es stehen Weber in dieser Beziehung eine ganze Reihe von Erfahrungen zu Gebote.

Prof. W. M. Tarnowsky, Petersburg, teilt mit in seiner Antwort, daß seine Ansichten über die sexuelle Enthaltsamkeit in der Jugend ausführlich dargelegt sind in seinem Buche „Geschlechtliche Reife“, welches die Jugend mit dem Geschlechtsleben und mit den damit verbundenen Gefahren bekannt macht. Und in der Tat finden wir in diesem Buche eine ganz klare und präzise Darlegung des Standpunktes des Autors. Wir erlauben uns eine möglichst detaillierte Resumierung derselben, um so mehr, als das genannte Buch zurzeit eine bibliographische Seltenheit darstellt.

„Eine zweckmäßige Erziehung und eine entsprechende physische und moralische Entwicklung des Kindes sind am ehesten imstande, die rechtzeitige geschlechtliche Reifung und ihren regelmäßigen Verlauf zu fördern.“ „Der Geschlechtsverkehr soll beim Manne anfangen nur zur Zeit der Mannbarkeit, die nicht früher, als fünf bis sechs Jahre nach der Geschlechtsreife eintritt.“ „Sexuelle Enthaltung in der Periode vor dem Eintritt voller Mannbarkeit bringt immer unzweifelhaften Nutzen dem in Entwicklung begriffenen Organismus.“ „Vor dem Beginn des Geschlechtsverkehrs wird die Enthaltung unvergleichlich leichter ertragen, als nach der Bekanntschaft mit dem sexuellen Akt. Je früher deshalb der erste Beischlaf stattfindet, desto eher folgen dann geschlechtliche Exzesse und kommen die damit verbundenen krankhaften Erscheinungen.“ „Frühzeitiger Geschlechtsverkehr äußert eine deletäre Wirkung auf die Moralität, hemmt die physische Entwicklung des Jünglings, der infolgedessen nur eine schwächliche Nachkommenschaft erzeugen kann.“ „Mißbrauch des Geschlechtsverkehrs im frühen Alter stört in erster Linie die Geschlechtsfähigkeit, indem er dieselbe schwächt und den Zeitraum der sexuellen Potenz kürzer macht.“ (Tarnowsky, S. 255—256.) Was die Zeit des Eintrittes der geschlechtlichen Reife anbelangt, das heißt der ersten Samenergüsse, so wird sie zwischen den 14. und 16. Jahren beobachtet (S. 3). Die Samendrüsen erreichen ihre volle Entwicklung ungefähr im 25. Lebensjahre; die physische Entwicklung ist zu dieser Zeit fast beendet (S. 3). Während dieser Lebensperiode, sogenannte Periode der Mannbarkeit (nubilitas — von nubere, in die Ehe treten, im direkten Sinne des Wortes — Fähigkeit zur Ehe) ist der Mensch am meisten fähig zur Geschlechtstätigkeit, befindet sich, als Zeuger, in den günstigsten Bedingungen (S. 4). „Nur vom 25. Jahre an ist der Mensch völlig reif und zur Geschlechtsbetätigung fähig“, nur von diesem Momente steht er in der am meisten vorteilhaften Lage zur Fortsetzung der Gattung und nur seit dieser Zeit kann die Enthaltung einen ungünstigen Einfluß auf einen gesunden Organismus haben“ (Kursiv des Autors S. 5). Worin aber dieser Einfluß sich äußert — darüber finden wir keine Anweisungen in dem Buche des geehrten Autors.



Prof. W. D. Orlow, Kiew, findet, daß bei der Entscheidung der hier gestellten Fragen eine Reihe von Bedingungen in Betracht genommen werden müssen, wie Alter, häusliche Erziehung, individueller Charakter usw. Für eine gesunde Person, aus gesunder Familie, mit normal entwickelter Psyche stellt W. D. Orlow folgende Thesen auf: 1. Der Mann soll ebenso keusch sein wie die Frau. Prof. Orlow kennt persönlich solche Ehen. 2. Bei regelmäßigem Lebenswandel kann eine völlige Enthaltung nicht schaden, insbesondere in Jünglingsjahren. 3. Unenthaltsamkeit in Sachen des Geschlechtsverkehrs, besonders aber Perversion des geschlechtlichen Gefühls, kann nur schädlich sein. Herrn W. D. Orlows Meinung ist die, daß man der jungen Generation Keuschheit einprägen sollte. (Schluß folgt.)

Entfettungskur unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Herz- und Gefäßapparates.

Von **Dr. Maurus Fisch**, Franzensbad.

(Fortsetzung.)

Als einen weiteren unterstützenden Faktor bei Entfettungskuren unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Herz- und Gefäßapparates möchte ich die rein balneotherapeutische Methode, die Bäderbehandlung mit den sogenannten dosierten Kohlensäure-Solebädern anführen, die in jeder Hinsicht geeignet ist, die Stoffwechselvorgänge günstig zu beeinflussen und demzufolge in fast allen einschlägigen Kurorten sich einer allgemein anerkannten Anwendung erfreuen.

Über die Art der Anwendung dieser Bäder und über ihre Wirkung des näheren einzugehen, glaube ich, da dieselben als zur Genüge bekannt vorausgesetzt werden können, mir ersparen zu dürfen.

Was die bei Entfettungskuren vielfach gepriesenen Medikamente anbelangt, so ist man darüber glücklich hinweggekommen und man wird davon nur äußerst selten Gebrauch machen.

Die physiologischen Versuche von Zuntz mit dem Gebrauche der Alkalien in Form von Mineralwässern bei Entfettungskuren, gestützt auf die Tierversuche von C. Lehmann, haben gezeigt, daß durch die alkalischen Mineralwässer eine stärkere Alkaleszenz des Blutes und eine deutlichere Zunahme der Oxydationsprozesse erzielt werden kann, so daß diese Mineralwässer als bloß mäßige Trinkkuren und bloß auf die vorerwähnte Weise, jedoch nicht etwa in zu stark abführenden oder diuretischen Gaben, ganz gut zum Fettschwunde beitragen dürften.

Als einen die Trinkkuren alkalisch-salinischer Mineralwässer unterstützenden Faktor hatte ich schon gelegentlich meines Vortrages über „Balneotherapie bei cor adiposum“ das organo-therapeutische Präparat: die Essentia Spermini-Poehl empfohlen, und möchte meine in der Zeit noch weiter fortgesammelten Erfahrungen dahin ergänzen, daß mir das Präparat bei meinen Entfettungskuren der konstitutionellen Fettsucht, wobei ich ebenfalls unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Herz- und Gefäßapparates vorgehe, stets gute Erfolge gezeitigt hat.

Namentlich die bei Fettleibigen so häufige Erscheinung der Puls- und Herzarhytmien sah ich unter dem Einfluß der Essentia Spermini-Poehl in ganz auffälliger Weise schwinden, eine Beobachtung, die schon vor mir der Leibmedikus des russischen Zaren, Dr. v. Hirsch*), am Krankenbette wahrgenommen und veröffentlicht hatte.

Ich bin sogar der Ansicht, daß meine Anregung, die Essentia Spermini-Poehl, in alkalischen Mineralwässern, intern genommen, bei Entfettungskuren unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Herz- und Gefäßapparates zu verwenden ganz zweckentsprechend und wirksam sich erweisen dürfte.

Den Versuch, bei Entfettungskuren in Kombination mit einer modifizierten Ebsteinschen reinen Fett-Eiweißdiät, gleichzeitige Anregung des Stoffwechsels durch Hydrotherapie, die Vermehrung der Oxydationsprozesse durch gesteigerte Muskelbetätigung, endlich auch ein organotherapeutisches Präparat, die Thyreoidintabletten, zu verabreichen, hatte ja bereits schon vor mehr als einem Jahrzehnt v. Hoesslin in München zuerst angestellt. Es ist aber sattsam bekannt, daß diese Methode heute bereits gänzlich fallen gelassen worden ist, da man sich bei der Darreichung der Thyreoidintabletten zu Entfettungszwecken von der nicht ganz unschädlichen Wirkung derselben auf das Herz und auf die Zirkulationsverhältnisse im allgemeinen vielfach überzeugen konnte.

Dagegegen hat sich mir die Kombination des Sperminum-Poehl, dreimal täglich 15—20 Tropfen in einem alkalischen Säuerling (Natalienquelle, Vichy oder Karlsbader Mühlbrunn) genommen, als ein sehr wertvolles unterstützendes Mittel bei meinen Entfettungskuren erwiesen.

Poehl erklärt diese so günstige Wirkung des Spermins, kombiniert sie mit den alkalischen Mineralwässern, auf folgende Weise: Das Spermin wirkt auf oxydative Prozesse im allgemeinen katalytisch, so z. B. verwandelt Spermin schon in kleinsten Mengen metallisches Magnesium in Magnesiumoxyd, wobei das Spermin eigentlich keinen direkten Anteil an der Reaktion haben soll, sondern nach Art eines Fermentes seine Wirkung entfaltet. Zur Allgemeinwirkung des Spermins gehört noch, daß es blutdruckherabsetzend wirkt, wie dies durch Dixon u. a. bestätigt worden ist. Des weiteren soll Spermin noch die vitalen Prozesse der Zellen und Gewebe zu steigern vermögen, im Sinne einer Steigerung der Oxydationsprozesse.

Was nun die übrigen therapeutischen Maßnahmen bei einer Entfettungskur unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Herz- und Gefäßapparates anbelangt, so ist es einleuchtend, daß man von den traditionell geübten Bäderkuren mit heißen und warmen Bädern bereits gänzlich abgekommen ist, weil damit namentlich betreffs des Herzens recht häufig unangenehme Erfahrungen gemacht worden sind.

Die heiße Behandlung der Fettleibigen ist zwar eine der ältesten Entfettungsmethoden, und schon Celsius hat den Fettleibigen neben einfachen oder mit Salz versetzten heißen Bädern auch den Gebrauch von warmen Seebädern empfohlen, welche er noch mit den anstrengenden Bewegungen, wie z. B. Rudern oder Bewegungen in der Sonnenhitze, kombinieren ließ, da man durch diese heiße Behandlungsmethode tatsächlich überraschende Effekte, große Gewichtsverluste erzielen kann. Kisch erklärt diesen Effekt dadurch, daß auf diese Weise nicht bloß ein größerer Wasserverlust, sondern durch die Haut auch eine größere Wärmeabgabe befördert wird, welche Erklärung jedoch nicht ganz einwandfrei erscheint, da es sich hiebei nicht um die Eigenwärme handelt, die abgegeben wird, sondern um eine Wärme, die von außen kommt und nicht auf Kosten der Fettoxydation entsteht.

Wenn auch die heißen Bäder als mächtiger Reiz auf den Organismus einen lebhaften Stoffwechsel bewirken, so haben wir uns mit Rücksicht auf die obwaltenden Herz- und Gefäßverhältnisse der Fettleibigen stets vor Augen zu halten, daß noch zahlreiche andere und weniger schädliche Maßnahmen existieren, um den gewünschten Effekt zu erzielen, als mit den heißen Bädern, die für ein krankes Herz direkt gefährlich und für ein gesundes Herz in jedem Falle eine vermehrte Arbeitsleistung bedeuten. Schwitzkuren können demnach den Fettleibigen, selbst mit gesundem Herzen, direkt gefährlich werden.

Es tritt auch immer mehr und mehr das Bestreben, bei Entfettungskuren die heißen Behandlungsmethoden zu verdrängen und dafür die kühler dosierten Kohlensäure-Solebäder einzuführen, in Erscheinung, da die Wärmeabgabe nach einem kühleren Bade, namentlich bei den letztgenannten CO_2-Bädern, eine größere ist und somit dieser Eigenwärmeverlust durch Fettverbrennung eher ersetzt werden muß. Wenn auch die Gewichtsverluste dabei keine so eklatanten sind wie nach dem Gebrauche heißer Bäder, so kann man dieselben unter Zuhilfenahme der bereits ausführlich geschilderten, rationellen diätetischen Regimes stets konstatieren

*) Im März d. J. gestorben.



und viel dauernder erhalten, da sich die Patienten dabei viel wohler und elastischer fühlen.

Einen ähnlichen Wechsel, wie die Badekuren bei Fettleibigen, haben auch die gleichfalls traditionell geübten körperlichen und selbst anstrengenden Exerzitien, wie Sport, Terrainkuren u. dgl. erlitten, an deren Stelle die viel zweckmäßigere und den Herz- und Gefäßverhältnissen sich leichter akkomodierbare Mechanotherapie, die passive, aktive und Widerstandsgymnastik, oder bei bestehenden Herzbeschwerden die Herzmassage, getreten ist.

Bei diesen weniger anstrengenden therapeutischen Maßnahmen werden wohl höchstens 1—1½ *kg* Gewichtsverluste pro Woche eintreten, doch der Patient dürfte hiedurch viel kräftiger und leistungsfähiger erhalten bleiben; denn ein rapider Körpergewichtsverlust (12—15 *kg* in einer vier bis fünfwöchentlichen Kur) kann keine guten Folgen nach sich ziehen, wie wir dies bei den forcierten Entfettungskuren mit sogenannter Entziehungsdiät und gleichzeitigen Schwitzkuren durch heiße Bäder oder gar durch anstrengende Exerzitien zu sehen oft Gelegenheit haben.

Es dürfte vielleicht von Interesse sein, hier den Einfluß bedeutender Körperanstrengungen auf den menschlichen Organismus im Lichte neuerer Forschungsergebnisse zu zeigen. Speziell in den letzten Dezennien wurde vielfach die Einwirkung verschiedener Sports auf Herz und Nieren geprüft. Die eminente Wichtigkeit dieser Ätiologie der Herzkrankheiten wurde in Deutschland zunächt von v. Leyden und von v. Jürgensen hervorgehoben. Einige Worte v. Jürgensens mögen hier wiedergegeben werden. Er schreibt: „Wenden wir uns der Betrachtung jener Fälle zu, in denen jahraus, jahrein fortdauernde, erhöhte Arbeit von dem Herzen verlangt wird. Erst in späterer Zeit ist die große Bedeutung dieser Gruppe richtig erkannt worden. Mehr und mehr kommt diese Art der Entstehung von Herzkrankheiten zur Geltung, Immer aber handelt es sich um die Grundbedingung: vermehrte Ansprüche, denen das Herz auf die Dauer nicht genügen kann.“

Schotts Arbeiten auf diesem Gebiete sind von großer Wichtigkeit. Eine der ältesten Arbeiten auf diesem Gebiete ist wohl die von Kolb über den „Rudersport“: er fand bei forciertem Rudern Pulszahlen bis zu 200 und „vorübergehende Herzhypertrophie“. Kolb schrieb übrigens auch die ausführlichste und vielgenannte Arbeit über das Training.

Über den Skilauf hat Prof. S. E. Henschen in Upsala eine Abhandlung geschrieben unter dem Titel: Skilauf und Skiwettlauf, eine medizinische Sportstudie (Deutsch, Gustav Fischer, Jena 1899). Er fand die Herzen der Skifahrer oft hypertrophisch. Nach Wettläufen fand er in einem großen Prozentsatze (in der Regel 30% und mehr) der Läufer die Herzen erweitert, meist nach links, mitunter auch nach rechts. Bei sämtlichen Untersuchten war nach Skiwettlauf Albumin im Harn, oft Zylinder; deshalb lautet Henschens Endurteil mit Bezug auf den Harn: das Skilaufen erzeugt überhaupt Albumin und Zylinder.

Über Märsche mit militärischer Bepackung liegt eine Arbeit vor von Prof. Dr. N. Zuntz und Oberstabsarzt Dr. Schumburg (Bibliothek v. Coler, Bd. 6). Dieselben fanden in 72% der Untersuchten eine Verbreiterung der Herzdämpfung nach dem Marsche. Die Pulsfrequenz lag meist zwischen 100 und 130. Die höchste beobachtete Atemfrequenz betrug 32. Auch nach anstrengenden Märschen fand sich nur ganz vereinzelt Albuminurie (ohne Zylinder- oder Nierenepithelien).

Zwei Sporte sind es, die unter allen anderen die weitaus größte Bedeutung für den Zirkulationsapparat haben, und zwar einerseits durch ihre außerordentliche Verbreiterung, andererseits durch die besonders hohen Anforderungen, welche sie an den Herzmuskel stellen: Das Radfahren und die Touristik.

Über das Radwettfahren hielt A. Albu im Jahre 1897 einen Vortrag in der Berliner medizinischen Gesellschaft. Nach jedem Radwettfahren hatte er eine Verbreiterung des Herzens gefunden, im Harn fand er nach jedem Radwettfahren Albumin und in vielen Fällen im Harnsediment Zylinder. Die Albuminurie verschwand stets nach kurzer Zeit. Der Autor nimmt deshalb an, daß es sich um passagere Nierenstörungen handelt. Gleiche Ergebnisse hatte Macfarlane.

(Schluß folgt.)

II. Referate.

Zur Pathologie der Epityphlitis. Von Dr. E. Hönck.

Hönck weist auf die Beziehungen hin, die zwischen Rachenorganen und Fortsatz bestehen. Zwei Krankengeschichten, die er anführt, scheinen dafür zu sprechen:

1. 5jähriger Junge; die Mutter leidet an chronischer Epityphlitis; einem 12jährigen Bruder habe ich den kranken Fortsatz entfernt.

Alle Kinder im Alter von 18—5 Jahren leiden oft an Halsentzündungen; alle sind aber in den letzten Wochen gesund gewesen. Das kranke Kind klagt seit lange hie und da über Leibschmerzen; am 29. Jänner abends reichliche Mahlzeit von Kartoffeln und gelben Rüben, bald darauf heftige Leibschmerzen; am 30. Jänner morgens normaler Stuhl, nachmittags Halsschmerzen, dabei bestehen die heftigen Leibschmerzen weiter. Am 31. Jänner abends grauweißer Belag auf beiden Mandeln, die rechte Mandel ist besonders stark geschwollen, so daß das Zäpfchen nach links verdrängt wird. Sehr starke Schmerzhaftigkeit und Spannung der rechten Leibesseite, namentlich in der Blinddarmgegend; links Spannung und Schmerzhaftigkeit geringer; hohes Fieber. 1. Februar abends: Belag stößt sich bereits ab. Der Leib wie gestern. Schmerzhaftigkeit der oberen Kreuzbeindornfortsätze. Hygienisches Institut weist Dyphtheriebazillen nach.

3. Februar. Hals frei, keine Drüsenschwellung, Leib ist weniger empfindlich; Genesung. In der Umgebung ist bis jetzt, den 17. März, kein weiterer Fall von Diphtherie vorgekommen.

2. F. W., 50jähriger Mann. Vor einem Jahr stellte ich einen schmerzhaften Wurmfortsatz bei ihm fest; hat oft Schmerzen in der rechten unteren Leibesseite. Verstopfung. Am 30. oder 31. Jänner abends mußte Pat. beim Stuhlgang stark pressen und fühlte dabei einen plötzlichen heftigen Schmerz in der Gegend des Blinddarms. Wachte in der folgenden Nacht auf von heftigen Schmerzen an derselben Stelle, die „sonnenartig“ in den Leib nach dem Nabel und links hin ausstrahlten. Am 1. Februar heftige Stirnschmerzen; am 2. Februar sah ich Patienten mit sehr stark geröteten Rachenorganen; geschwollene und schmerzhafte Drüse am hinteren Rande des Kopfnickers links, weniger rechts; Ohrschmerzen, Nackenschmerzen, keine Halsschmerzen; Gegend des Wurmfortsatzes ausgeprägt schmerzhaft, Leib sonst weich; 40·4. 3. Februar erysipelatöse Hautrötung von der Haargrenze abwärts bis zwei fingerbreit oberhalb der Brauen, breitet sich in den nächsten Tagen auf die Nase und das Gesicht aus. Leib schmerzhafter. Auf Eiskragen sind die seitlichen Drüsen am Hals bereits abgeschwollen, Nacken beweglich. Rachenorgane blassen bereits ab; Trommelfelle sind frei, keine Ohrschmerzen mehr.

4. Februar Herpes lab. infer. dextr. Leib unten rechts sehr schmerzhaft, Dornfortsätze am oberen Kreuzbein auf Druck sehr empfindlich.

Am 8. Februar abends ist Patient fieberfrei, das Erysipel hat das Gesicht nicht überschritten; die Blinddarmgegend ist noch recht empfindlich, Ohren und Rachen frei.

Ich bemerke noch, daß Pat. mir den Vorgang beim Stuhlgang erst mitteilte, als ich meine Aufmerksamkeit auf den Blinddarm richtete und entsprechende Fragen stellte. Pat. bot. abgesehen davon, das typische Bild einer Influenzainfektion im Rachen und klagte nicht über Leibschmerzen.

Bei beiden Patienten beginnt die Erkrankung mit einer akuten epityphlitischen Reizung; bei beiden ist die Racheninfektion heftig und in die Augen springend; bei beiden erfuhr ich erst auf Befragen die vorhergehenden Leibschmerzen.



Dreierlei ist nun möglich: Entweder entstand durch die Blinddarmreizung eine konsensuelle Zirkulationsstörung der Rachenorgane (wie von mir beschrieben), auf Grund deren vorhandene Bazillen virulent wurden und den Rachen infizierten.

2. Oder es sind vom Fortsatz aus die virulent gewordenen Bazillen in den Rachen eingewandert und haben hier eine zweite Infektion herbeigeführt;

oder 3. beide Vorgänge haben sich kombiniert. (Fortschritte der Medizin Nr. 11, 1907.)

*

Der unerwartete Tod bei Infektionskrankheiten der Kinder. Von Prof. Ad. Czerny.

Den Fällen von Infektionskrankheiten, in welchen das Erlöschen der Herzaktion vorauszusehen ist, steht eine Anzahl solcher gegenüber, in denen der Herzstillstand scheinbar ohne jede Vorboten und unerwartet eintritt. Auch die größte Erfahrung ist nicht imstande, uns vor solchen Überraschungen zu schützen. Bei einer Pneumonie von kleiner Ausdehnung, welche so geringe Störungen des Allgemeinbefindens mit sich bringt, daß eine schlechte Prognose nicht vorauszusehen ist, kann beispielsweise kurze Zeit, nachdem man ein Kind untersucht und den Puls und die Herzaktion noch befriedigend gefunden hat, ein plötzlicher Herztod eintreten. Auch bei Scharlach erlebt man nicht selten die unangenehme Überraschung, daß schon im Beginne der Krankheit, bei Auftreten des Exanthems, ohne vorherige Zeichen von Herzschwäche die Herzaktion plötzlich versagt. Solche Beispiele ließen sich mannigfaltig anführen. Bemerkenswert sind aber besonders jene Fälle, in denen es sich um anscheinend leichte Erkrankungen handelt, bei denen auch für einen erfahrenen Arzt der plötzlich eintretende Tod ein überraschendes Ereignis ist.

Nach seinen eigenen Erfahrungen ist er bereit, dabei Anomalien der Innervation der Gefäßnerven und vielleicht auch des Herzens die entscheidende Bedeutung beizulegen.

Das Gemeinschaftliche aller Fälle, die er selbst zu beobachten Gelegenheit hatte, war das, daß es sich stets um Kinder aus Familien handelte, in welchen Anomalien des Nervensystems bekannt waren, also eine hereditäre Belastung bestand. Es waren Kinder, welche schon vor Ausbruch der letal verlaufenden Krankheit als nervös galten und, was mir sehr wichtig erscheint, immer starke, zumeist fette oder sogar pastöse Kinder. Was den ersten Punkt, die Anomalien des Nervensystems, anbelangt, so ist bemerkenswert, unter welchen Verhältnissen er dazu kam, einschlägige Beobachtungen zu sammeln. Der unerwartete Herztod ereignete sich in Fällen, in denen er auf Wunsch der Eltern und nicht auf Wunsch des behandelnden Arztes als Konsiliarius zugezogen worden war. Es handelte sich also um auffallend ängstliche Eltern, welche trotz Versicherung des Arztes, daß zunächst von einer Gefahr nicht zu sprechen sei, doch ein Konsilium wünschten. Diese Ängstlichkeit war oft eine begründete, denn es waren Familien, in denen bereits überraschende Todesfälle, nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen vorgekommen waren. Diese Erfahrung spricht dafür, daß Anomalien der Herzinnervation in manchen Familien hereditär vorkommen.

Abgesehen von den Fällen, in welchen Nervenchoc die Ätiologie der Innervationsstörung bildet, gibt es zahlreiche Beobachtungen über das Auftreten von Pulsirrigularität und Tachykardie bei Kindern, bei welchen weder vor noch nach Ablauf dieser Erscheinungen irgend ein pathologischer Befund am Herzen oder den Gefäßen erhoben und die auslösende Ursache erkannt werden kann. Daß es sich auch dabei um Innervationsanomalien handelt, läßt sich schon daraus schließen, daß man sie bei Kindern aus nervösen Familien beobachtet und daß die Zirkulationsstörungen keine nennenswerte Rückwirkung auf den übrigen Organismus ausüben. Recht häufig wird Tachykardie und Pulsirregularität bei Kindern nach Ablauf von Infektionen festgestellt. Dies beweist seiner Ansicht nach nicht, daß es sich um organische Erkrankungen der Zirkulationsorgane handelt, sondern es bestätigt nur die Erfahrung, daß sich diese Innervationsanomalien, ebenso wie die auf anderen Organgebieten, dann einstellen, wenn eine Infektion das physiologische Gleichgewicht des Organismus gestört hat.

Wenn man Kinder beobachtet, bei welchen nach dem Einsetzen einer Infektion sehr bald ein Versagen der Herzkraft eintritt, so ist vielfach zu dieser Zeit an ihrem Nervensystem nichts nachweisbar, was die Gefahr eines bevorstehenden Herztodes erkennen lassen könnte. Manchmal handelt es sich allerdings um aufgeregte Kinder, welche sich durch eine andauernde Schlaflosigkeit, durch große körperliche Unruhe und durch vieles Klagen und Weinen charakterisieren. Dies ist aber durchaus nicht allgemein gültig, denn auch manche anscheinend ruhige Kinder erreicht dasselbe Schicksal. Wiederholt hatte er den Eindruck, daß die Vornahme einer neuen, das Kind überraschenden therapeutischen Prozedur den Herzstillstand provoziere. So sah er einmal ein an einer leichten Bronchitis erkranktes Kind plötzlich sterben, nachdem ihm die erste Rumpfpackung appliziert wurde. In einem anderen Falle starb ein Kind bei beginnender Diphtherie am ersten Krankheitstage kurz nach der Injektion von Heilserum, ehe dieses überhaupt eine Heilwirkung entfalten konnte.

Wie bereits erwähnt, beobachtet man den in Rede stehenden Herztod am häufigsten bei fetten und noch mehr bei pastösen Kindern. Bei betzteren, bei welchen sich oft gleichzeitig ein Status lymphaticus nachweisen läßt, ist auf die Gefahr eines plötzlichen Herztodes schon wiederholt aufmerksam gemacht worden. Weil die Obduktionsbefunde keine andere Erklärungsmöglichkeit erbrachten, war man geneigt, den plötzlichen Tod mit der Konstitutionsanomalie des Status lymphaticus in Zusammenhang zu bringen, sich aber mit demselben als einem unabwendbaren Unglücksfall abzufinden. Dies ist nach Cz. nicht richtig. Nach seinen Erfahrungen handelt es sich immer um überernährte Kinder, bei denen es gleichgültig ist, ob sie infolge der Überernährung mager bleiben, fett oder pastös werden. Fette Kinder, bei welchen die Adipositas nicht durch Mästung zustande gekommen ist, sondern sich infolge ererbter Disposition auch bei beschränkter und zweckmäßigster Kost einstellt, sind nicht gefährdet. Am besten lassen sich diese Verhältnisse zur Zeit von Scharlachepidemien studieren. Die stärksten Esser und diejenigen Kinder, welche dauernd einer Überernährung ausgesetzt waren, sind diejenigen, welche am ehesten einer Scharlacherkrankung erliegen und sind auch diejenigen, bei denen der Exitus schon in den Anfangsstadien der Krankheit eintritt. Es ist kein Zufall, wenn bei einer Scharlachepidemie mehr Kinder aus den wohlhabenderen Kreisen als aus den ärmeren Bevölkerungsschichten sterben, da bei den ersteren die Überernährung der Kinder viel häufiger vorkommt als bei letzteren. Scharlach ist die geeignetste Erkrankung, bei der man sich die Überzeugung von der großen Gefahr des Herztodes bei überernährten Kindern verschaffen kann. Aber auch bei anderen Erkrankungen sprechen die Erfahrungen für die Richtigkeit der Beobachtung. Widersprechende Erfahrungen werden bei keinem Arzte fehlen. Eine genaue Analyse der Fälle ergibt, daß zum Zustandekommen des Herztodes bei Infektionen zwei Faktoren vorhanden sein müssen: Anomalien des Nervensystems und Überernährung. Wo die erstere fehlt, bringt die zweite nicht die genannten Gefahren mit sich.

Eine Anomalie des Nervensystems, bei welcher es leider gar nicht selten zum plötzlichen Herzstillstand kommt und bei welcher die Beziehung zur Infektion und Ernährungsstörungen studiert ist, ist die Tetanie der Säuglinge. Wir wissen heute sicher, daß eine latente Tetanie durch eine Infektion oder durch eine Ernährungsstörung manifest werden kann. Was für die Tetanie gilt, scheint auch für andere Anomalien des Nervensystems Geltung zu haben, insbesondere für diejenigen, welche die Inervation des Zirkulationsapparates betreffen. Wenn wir schon nicht imstande sind, Infektionen zu verhüten, so liegt es doch in unserer Macht, Überernährungen zu verhindern. Die hauptsächlichste Veranlassung für alle Ärzte, gegen die Überernährung der Kinder einzuschreiten,



ist die Erfahrung, daß sich solche Kinder im Erkrankungsfalle nicht widerstandsfähig zeigen und mehr als andere der Gefahr eines Herztodes ausgesetzt sind. Dies gilt besonders für Kinder aus psychopathischen Familien. Die Prophylaxe darf aber nicht erst dann einsetzen, wenn Gefahr im Verzuge ist, sondern sie muß vom Säuglingsalter an durch das ganze Kindesalter hindurch, zum mindesten aber in den ersten sechs Jahren konsequent durchgeführt werden. (Die Heilkunde Nr. 4, 1907.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.
Sitzung vom 7. Juni 1907.

Alfred Fuchs demonstriert einen Fall von „Dysostose eléidocrânienne“.

Leopold Königstein stellt einen Herrn vor, der schon 1901 wegen Cataracta complicata nicht zur Operation gelangte, weil die Lichtempfindung eine zweifelhafte war. Jetzt, nach sechs Jahren, kam er wieder, weil auf demselben Auge starkes Tränen, Lichtscheu usw. aufgetreten war und ihn arbeitsunfähig machte. K. stellt nun den Pat. vor, dessen Auge ein merkwürdiges Bild darbietet. Die ganze Vorderkammer ist von einer Masse erfüllt, die bei seitlich auffallendem Lichte ein Flirren, Glitzern, Gleißen und goldiges Aufleuchten zeigt, wie wenn die Kornea mit Rotgold durchsetzt wäre. Die Masse entspricht wahrscheinlich Cholestearinschollen und Schüppchen, die sich dicht an die Membr. Descemetii anlegen und auch im Parenchym der Hornhaut eingesprengt scheinen und ihre eigentümliche Färbung vom Blutfarbstoffe beziehen. Ätiologisch muß wohl angenommen werden, daß die Kapsel der geblähten Linse seinerzeit geborsten und die Linsensubstanz eine regressive Metamorphose eingegangen, die sich in Bildung von Cholestearinmassen äußerte und daß in dem degenerierten Auge häufig Blutaustritte (sowie auch jetzt) in die Vorderkammer erfolgten. Das zweite Auge ist hochgradig myopisch.

Georg Lotheissen zeigt einen 47jährigen Patienten mit Skapularkrachen. Diese Erscheinung ist sehr selten. Das Krachen zeigt sich beim Heben der rechten Skapula und ist auf größere Entfernung hörbar. Tuberkulose und Muskelatrophie des Serratus sind auszuschließen, wahrscheinlich besteht ein proliferierendes Schleimbeutelhygrom. Die Therapie muß eine operative sein.

Wilhelm v. Aberle demonstriert einen geheilten Fall von angeborener linksseitiger Kniegelenksluxation nach vorn und doppelseitigen Spitzfüßen.

Georg Kapsammer berichtet über einen Fall von zystenartiger Erweiterung des intravesikal gelegenen linken Ureterendes. Die Diagnose, die schon durch die Zystoskopie mit großer Wahrscheinlichkeit gestellt worden war, wurde durch die vor drei Wochen von ihm ausgeführte Sectio alta bestätigt. Während derartige zystenartige Umgestaltungen des vesikalen Ureterendes meist überzählige, abnorm tief ausmündende Harnleiter betreffen, handelt es sich in dem gegebenen Falle um einen einzelnen an normaler Stelle in die Blase mündenden Ureter. Es handelt sich wahrscheinlich um eine angeborene Mißbildung.

Oskar Semeleder stellt einen Fall von Peronäuslähmung vor, bei dem es ihm gelungen sei, auffallende Besserung zu erzielen. Er erinnert an seine im Februar d. J. in der k. k. Gesellschaft der Ärzte demonstrierte Methode und erklärt, daß er auffallende Erstarkung der Muskulatur in allen bis jetzt von ihm behandelten paralytischen Fällen von Plattfuß und Klumpfuß bemerken konnte. Es erklärt sich diese Erscheinung damit, daß er imstande ist, durch das Körpergewicht die Funktion der gelähmten Muskulatur geradezu zu ersetzen und den nicht gelähmten Muskeln einen Antagonisten zu schaffen, welcher die Inaktivitätsatrophie der noch lebenden Muskeln verhindert. Der Patient hat daher auf der einen Seite eine entwickelte Muskulatur, auf der anderen Seite das Körpergewicht als elastisch wirkenden Widerstand und der Patient ist imstande, durch entsprechendes Anspannen oder Nachlassen dieser einseitig wirkenden Muskeln sein Sprunggelenk in einer der Funktion entsprechenden Weise zu fixieren und zu gebrauchen. Er bekommt dadurch ein aktionsfähiges, funktionstüchtiges Gelenk. Weiters stellt S. noch zwei Pat. vor, um den Nachweis zu führen, daß die Methode in der Plattfußbehandlung auch den schwersten Fällen gewachsen ist. Die eine Pat. steht seit vier Wochen in seiner Behandlung. Die Plattfußbeschwerden waren derartige, daß die Pat. wochenlang bettlägerig war und absolut nicht gehen konnte. Die früher bretthart fixierten Plattfüße sind heute mobil. Aus der Photographie und dem jetzigen Befund ersieht man, daß diese Plattfüße mit ausgesprochener Subluxation des Talus zu den allerschwersten Formen gehören, ebenso wie die Füße der zweiten Pat., welche erst vom heutigen Tage an behandelt wird.

Wilhelm v. Aberle betont, daß auch die nach anderen Methoden behandelten Pat. mit paralytischen Klumpfüßen ohne jeden Apparat nur mit einem einfachen Schuh mit äußerer $^1/_2$—1 *cm* hohen Keileinlage herumgehen können. Wenn Dr. Semeleder behauptet, daß unter der Einwirkung seines Schuhes die Muskelkraft des Beines eine bedeutende Stärkung erfahren habe, so bemerke er nur, daß das Wiederkehren der Muskelaktion auch in unseren Fällen von paralytischen Klumpfüßen eine alltägliche Erscheinung ist. Nur muß die Fußdeformität behoben worden sein. Was aber die Anwendung des Semelederschen Schuhes bei Plattfuß betrifft, muß hervorgehoben werden, daß dieselbe Wirkung auf viel einfachere Art erzielt werden kann, nämlich durch den schiefen Beelyschen Absatz. Es ist daher auch nicht richtig, daß erst durch den Semelederschen Schuh das Körpergewicht in den Dienst zur Korrektur des Plattfußes gestellt wurde. Ganz dasselbe Prinzip verfolgt der genannte schräge Absatz, indem dadurch genau dieselbe Hebelwirkung ausgeübt wird. Nur müssen die Seitenteile des Afterleders versteift sein und diese die Ferse gut fassen. Dadurch wird das Afterleder beim Auftreten auf die schiefe Absatzfläche selbst schief von oben außen nach unten innen gestellt, so daß bei jedem Schritte ein Redressement des Sprunggelenkes im Sinne der Korrektur erfolgt. Für die leichten und mittelschweren Fälle von Plattfuß kommen wir aber wohl stets mit den gewöhnlichen Maßnahmen aus. Gegen den wirklich schweren, starr fixierten Plattfuß der arbeitenden Klasse, dem wir, wie wir zugeben müssen, oft ratlos gegenüberstehen, nützt natürlich auch der Semeledersche Schuh nichts, schon aus dem einfachen Grunde, weil diese Art Plattfuß gegen jede Supinationsbewegung absolut unzugänglich ist.

Oskar Semeleder weist darauf hin, daß er unter zirka 60 schweren Plattfußfällen, welche durch die anderen Methoden nicht einmal schmerzfrei wurden und die er nach seiner Methode behandelt hat, bis jetzt keinen einzigen Mißerfolg aufzuweisen habe. Vom Beelyschen Schuhe glaube er nicht, daß er imstande sei, einen bestehenden Plattfuß zu korrigieren, sondern er wird durch den Plattfuß beim ersten Tritt deformiert, paßt sich der Deformität an und wird in seiner Wirkung der Keileinlage gleichgestellt. Wenn uns Dr. R. v. Aberle mitteilt, daß auch durch eine dreiwöchentliche Liegekur die fixierten Plattfüße mobil werden, so fehlt noch die weitere Beobachtung, wie lange bei diesem Pat. die Rezidive auf sich warten läßt. Es ist übrigens nicht gleichgültig, ob der Pat. drei Wochen ins Bett gelegt werden muß oder sofort nach Anlegung der Apparate aktionsfähig ist und seinem Berufe nachgehen kann. Mit einem Paar solcher Apparate ist der Pat. imstande, seine Plattfüße jahrelang korrigiert zu erhalten; in den meisten Fällen braucht er nach einmal erzielter Korrektur diese Apparate später nur einoder zweimal wöchentlich zu tragen und wird sich dadurch sicher vor einer Rezidive schützen.

Moriz Benedikt spricht über physiologische und pathologische Vorgänge im Zirkulationsapparate. Zunächst erinnert er wieder an seine Beobachtungen über Krämpfe in großen Gefäßen, z. B. an einen Krampf



in beiden Art. crurales, der bald heilte. Weiters ruft er ins Gedächtnis seine Beobachtung zurück, daß die Pulse der homonymen Arterien beiderseits in normalem Zustande ungleich voll sind und daß gleiches Vollsein schon auf eine Zirkulationsstörung hindeutet. Dabei besteht ein ausgleichendes Verhältnis. Wenn der Karotispuls der einen Seite voller ist, als jener der anderen Seite, so ist der Radialispuls der ersten Seite kleiner und umgekehrt. Dieses Verhältnis ist gewiß nicht ein rein anatomisches, da es sich ändern kann. Aus zahlreichen Versuchen mit Basch ergab sich ein ungleicher Druck in den homonymen Arterien. Eine Störung dieses Verhältnisses ist die Regel; sie ist sehr häufig ein Prodromalsymptom von Apoplexie. Besondere Beachtung verdient das starke — autonome — Pulsieren von Arterien ohne Drucksteigerung von der Peripherie und vom Zentrum aus. Der Typus solcher Pulsationen ist jener der Bauchaorta bei Hysterischen. Seiner Ansicht nach bilden das Muskelsystem der Arterien mit ihren konstringierenden und erweiternden Nerven „Lokalherzen", welche eine notwendige Ergänzung des Zentralherzens bilden. Letzteres kann seinem Druck nach nicht den verschiedenartigsten Ruhe- und Tätigkeitszuständen der verschiedenen Organe nachkommen. Die Notwendigkeiten dieser Hilfsvorrichtungen wurde vielfach — ohne klare Vorstellung — vorausgesetzt, zuletzt von Tigerstedt, der aber engherzig das Lokalherz auf die konstringierende Wirkung und die Erschlaffung beschränkte. Die aktive Erweiterung und ihr Mechanismus wurde erst vom Vortragenden erkannt und formuliert. Die Injektionstechnik hat erwiesen, daß jedes Organ sein eigen konstruiertes Haargefäßsystem habe, also eine eigenartige endo- und exosmotische Vorrichtung. Damit diese aber den jeweiligen und allgemeinen Bedürfnissen der Gewebe entspreche, ist ein Lokalherz nötig, das dem Kapillarsysteme die nötige Blutmenge mit der nötigen Strömungsgeschwindigkeit und unter dem nötigen Drucke zuführe. Der Vortragende erinnert dann an den Satz, daß die Ausgleichung von Zirkulationsstörungen nicht bloß nach hydrostatischen Grundgesetzen vor sich gehe, sondern auch unter Intervention des Nervensystemes in entfernten Gefäßgebieten. Der Vortragende geht nun zur Frage der Theorie des Herzstoßes über, die Systole der Herzkammer beginne an der Herzspitze und die erste Wirkung sei der Verschluß der Vorhofsklappen, während erst in einem zweiten Momente der Verschluß der Arterienklappen aufgehoben wurde. In diesem ersten Momente stelle die Herzkammer eine Strömung dar, die sich selbst den Ausgang durch ein Ventil verschließt. In diesem Momente des Verschlusses entstehe eine sehr heftige Erschütterung, in diesem Momente entstehe auch der Herzstoß. Der Vortragende stellt dann Betrachtungen über die „Schichtenarbeit" im Herzen und meint, daß der Begriff der Schichtarbeit in dem Sinne zu meinen sei, daß in jeder Zelle in jedem Momente nur ein Teil der lebendigen Kräfte zur Arbeit benützt werden könne. (Der Vortrag wird erst in der nächsten Sitzung beendet.)

i. m.

IV. Literatur.

Lehmanns medizinische Handatlanten. Band XVIII. Atlas der äußerlich sichtbaren Erkrankungen des Auges nebst Grundriß ihrer Pathologie und Therapie von Prof. Dr. O. Haab in Zürich. — Dritte stark vermehrte Aufl. Mit 86 farbigen Abbildungen auf 46 Tafeln nach Aquarellen von Maler Johann Fink und 13 schwarzen Abbildungen im Text. München. Verlag von J. F. Lehmann. 1906.

Eine wie große Anerkennung sich die Lehmannschen Atlanten im allgemeinen und dieser ophtalmol. Atlas im besonderen erfreut, geht aus der Tatsache hervor, daß in so kurzer Zeit bereits eine dritte Auflage desselben am Büchermarkte erscheint. Wir haben diesen Band stets für den gelungensten der ganzen Sammlung gehalten, weil der Künstler, der ja als solcher das menschliche Auge in seinen verschiedenen, innerhalb der Norm liegenden Formen zum Gegenstande seines Fachstudiums zu machen gewohnt ist, leichter die pathologischen Veränderungen mit Naturtreue so wiederzugeben in der Lage ist, daß sie auch der Arzt wieder erkennt, als z. B. an der Haut, die er ganz anders sieht als der Arzt, der in seinem Blick ins Detail geht, wo der Maler gewohnt ist, flächenhaft zu sehen oder gar an der Schleimhaut, deren normale Verhältnisse der Maler ja gar nicht kennt. Die Bilder sind so vorzüglich, daß der Arzt die Diagnose der betreffenden Affektion ex prima vista stellen kann, der dazu gehörige Text ist so klar und leicht verständlich, daß das Buch nicht nur für den Praktiker, der es im Besitze hat, ein in jeder Beziehung unentbehrlicher Behelf ist, sondern daß es auch als Lehrbuch für Studierende außerordentlich empfehlenswert ist. Mag mitunter die therapeutische Richtung des Verfassers nicht in allen Punkten von allen Fachkollegen geteilt werden, speziell seine Mahnungen zu konservativem Vorgehen bei manchen Affektionen, so wirkt die zurückhaltende Anwendung der Sonde bei Tränensackaffektionen bei unserer unter der Herrschaft des Messers stehenden Zeitrichtung doppelt sympathisch.

Dr. S. Krausz.

V. Aus der Praxis.

Über Lokalanästhetika. Referat: H. Rogen. (Pharm. Zentralhalle Nr. 1, 1907.)

Die örtlichen Anästhetika sind entweder flüchtige oder nichtflüchtige Substanzen. Die ersteren verdunsten rasch auf der äußeren Haut und erzeugen dabei Kälte, wodurch die Sensibilität herabgesetzt oder vorübergehend aufgehoben wird. Für diesen Zweck findet am meisten das Äthylchlorid Verwendung. Dasselbe erstarrt noch nicht bei — 29° C., siedet bei + 12·5° C. Man benutzt es als lokales Kälte-Anästhetikum bei kleineren Operationen (Inzisionen usw.). Durch die Verdunstung des aus dem Behälter austretenden flüssigen Äthylchlorids kann eine Körperstelle bis auf — 35° C. abgekühlt werden.

Die nicht flüchtigen anästhesierenden Stoffe heben die Schmerzempfindung nicht auf der Haut, wohl aber auf den Schleimhäuten auf, und zwar durch unmittelbare Lähmung der sensiblen Nervenenden. Handelt es sich darum, die äußere Haut oder nahe darunter gelegene Teile anästhetisch zu machen (namentlich bei Operationen an Zehen, Fingern usw.), so spritzt man das betreffende Mittel entweder direkt am Orte des Eingriffs in die Haut (Infiltrationsanästhesie) oder zentralwärts in die Umgebung des das Operationsgebiet versorgenden sensiblen Nervenastes (Leitungsanästhesie).

Das älteste, gebräuchlichste und in mancher Beziehung auch heute noch unentbehrlichste Lokalanästhetikum dieser Art ist das Kokaïn, der wirksame Bestandteil der Blätter eines südamerikanischen Strauches, Erythroxylon Coca. Das Kokaïn lähmt die Endigungen der sensiblen Nerven vorübergehend, und zwar werden nur solche Nerventeile durch die Kokaïnwirkung beeinflußt, welche in direkte Berührung mit den Kokaïnlösungen gelangen; daher kommt es, daß die Schleimhäute das Kokaïn gut resorbieren und schnell anästhesiert werden. Es wird gebraucht bei operativen Eingriffen, zu Einträufelungen ins Auge, zur Bepinselung von Schleimhäuten, zu Injektionen usw. Aber bei jeder Art der Anwendung dieses Mittels sind leichtere und schwerere Kokaïnvergiftungen, selbst Todesfälle vorgekommen. Schleich hat gelehrt, wie man mit verdünnten Lösungen (0·1 bis 0·2%) und mit Hilfe einer besonderen Technik ausreichende Anästhesie erzeugen kann.

Das Tropakokaïn, Benzoylpseudotropin, findet sich neben Kokaïn und anderen Kokabasen in den javanischen Kokablättern. Gebraucht wird therapeutisch nur das salzsaure Salz. Das Tropakokaïn findet hauptsächlich Anwendung bei der Bierschen Lumbalanästhesie. Man injiziert dazu vom Rücken aus zwischen den untersten Lendenwirbeln hindurch 0·04 bis 0·06 Tropakokaïn in den Rückenmarkskanal, wodurch die hier austretenden sensiblen Nervenwurzeln und infolgedessen die zugehörigen peripheren Nerven empfindungslos gemacht werden. Da diese Art der Anästhesierung aus ana-



tomsichen Gründen nur am Lendenmark ausführbar ist, von wo die sensiblen Nerven für die Unterbauchorgane und die unteren Extremitäten ausgehen, beschränkt sich ihre Anwendung bis jetzt nur auf Operationen auf diesen Gebieten.

Beta-Eukaïn, Eucaïnum hydrochloricum B. ist das salzsaure Salz des Benzoylvinyldiazetonalkamin. Die 2prozentige, mit physiologischer Kochsalzlösung bereitete Lösung, wie sie meist gebraucht wird, bewirkt, auf Schleimhäute gebracht oder subkutan injiziert, langsame und weniger intensive Anästhesie als eine gleichprozentige Kokaïnlösung; sie ist von milderer toxischer Wirkung. Die Lösungen sind haltbar und können sterilisiert werden. Beta-Eukaïn findet vornehmliche Verwendung zur Anästhesierung der Harnwege und der Blase.

Akoin gehört zur Klasse der Alkyloxyphenylguanidine. Es ist ein Anästhetikum mit starker und langdauernder Wirkung. Warmes Wasser soll beim Lösen von Akoin möglichst vermieden werden. Die fertigen Lösungen lassen sich sterilisieren, sie sind in dunklen Gläsern haltbar.

Stovaïn ist ein salzsaures α-Amyleïn. Die Wirkung des Stovaïn nähert sich derjenigen des Kokaïn, doch reizen seine sauer reagierenden Lösungen ziemlich stark; 5- bis 10prozentige Lösungen sollen nach Braun bei der Infiltration Gangrän des Gewebes hervorrufen können. Die Schleimhäute macht es stark hyperämisch. Die Lösungen sind haltbar und sterilisierbar, wenigstens ist die Zersetzung bei der Sterilisation eine so geringfügige, daß sie nicht in Betracht kommt, doch darf die angewendete Temperatur 115° C. nicht übersteigen. Sehr nachteilig ist, daß Stovaïn die Suprareninwirkung beeinträchtigt.

Alypin ist das primäre salzsaure Salz des Benzoyltetramethyldiaminoäthyldimethylcarbinol. Es ist in Wasser leicht löslich, die Lösungen reagieren neutral, werden auf Zusatz mäßiger Natriumbikarbonatmengen nicht getrübt. Alypin wird von den Schleimhäuten leicht aufgenommen, es ist weniger giftig als Kokaïn. Man kann seine Lösungen ohne Einbuße in der anästhesierenden Wirkung durch Kochen sterilisieren. 1- bis 4prozentige Lösungen sind haltbar, verdünntere schimmeln leicht. Alypinlösungen lassen sich auch ohne Beeinflussung der chemischen und pharmakologischen Eigenschaften mit den gebräuchlichsten Nebennierenpräparaten kombinieren. — Alypin nähert sich in seiner chemischen Zusammensetzung sehr dem Stovaïn, ist ihm daher auch in seiner Wirkung ähnlich und findet in gleicher Weise Anwendung.

Novokaïn ist das Monochlorhydrat des Paraaminolbenzoyldiaethylaminoaethinol. In Wasser löst es sich sehr leicht zu einer neutral reagierenden Flüssigkeit. Es ist vollständig reizlos. Giftige Nebenwirkungen sind nicht beobachtet worden, obwohl wiederholt große Dosen (bis zu 0·5 *g*) gereicht worden sind. In Verbindung mit Suprarenin reiht sich das Novokaïn zu Gewebsinjektionen dem Kokaïin ebenbürtig an. Seine Lösungen sind haltbar und durch Kochen sterilisierbar.

Von großer Bedeutung für die Lokalanästhesie ist die Einführung der Nebennierenpräparate geworden. Adrenalin ist eine in kaltem, leichter in heißem Wasser lösliche Substanz, die mit Alkalien und Säuren Salze bildet. Parke, Davis & Co. bringen eine Solutio Adrenalini hydrochlorici 1 : 1000 in den Handel. Die Höchster Farbwerke stellen Suprarenin, Merck Paranephrin, Schering Eudrenal her; die Wirkung dieser Mittel soll im wesentlichsten die gleiche sein. Es ist selbst kein Anästhetikum, aber die örtliche Wirkung anderer Arzneimittel wird durch Suprarenin erhöht. Besonders wirksam erweist es sich bei Kokaïnlösungen, so daß z. B. verdünnte Kokaïnlösungen mit Suprareninlösungen stärker wirken als konzentrierte ohne Zusatz. Gleichzeitig wird die Dauer der Kokaïnanästhesie verlängert und nach Foisy sogar die Giftigkeit des Kokaïn bedeutend herabgesetzt. Als Zusatz zu Lösungen braucht man gewöhnlich für die Lokalanästhesie 2 Tropfen der Suprareninlösung 1 : 1000 auf 10 cm^3, für die Lumbalanästhesie 20 Tropfen auf 10 cm^3.

VI. Notizen.

Hochschulnachrichten. Wien. Neue Privatdozenten. Dr. Wilhelm Falta als Privatdozent für interne Medizin und Dr. Heinrich Neumann als Privatdozent für Ohrenheilkunde an der medizinischen Fakultät der Universität in Wien, Dr. Ottokar Kutvirt als Privatdozent für Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten und Dr. Anton Ostrcil als Privatdozent für Geburtshilfe an der medizinischen Fakultät der czechischen Universität in Prag.

Prag. Dr. Oskar Fischer hat sich für Psychiatrie an der hiesigen deutschen Universität habilitiert.

Berlin. An reichsdeutschen Universitäten werden im Herbst 1907 gleichzeitig sechs Lehrstühle für Frauenheilkunde frei: die Lehrstühle in Greifswald (bisher Geh.-Rat Prof. Dr. A. Martin), Kiel (Geh.-Rat Prof. Dr. R. Werth), München (Geh.-Rat Prof. Dr. v. Winckel), Marburg, Heidelberg (Prof. Dr. v. Rosthorn, der als Nachfolger Chrobaks nach Wien geht) und Berlin, wo, wie es heißt, Geh.-Rat Olshausen demnächst in den Ruhestand zu treten gedenkt.

Düsseldorf. Die Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin wird mit dem Beginn des kommenden Wintersemesters ihre praktische Wirksamkeit eröffnen.

Straßburg. Nachdem Prof. Wagenmann abgelehnt hat, hat nunmehr Prof. Dr. O. Schirmer in Kiel den Ruf als Nachfolger Laqueurs erhalten.

Der Rückgang der Lungentuberkulose. In den meisten zivilisierten Ländern hat im Laufe der letzten Jahre die Zahl der Todesfälle an Lungenschwindsucht merklich abgenommen. In Paris, Berlin, Hamburg, Kopenhagen, London und Newyork ist der Betrag ziemlich gleichmäßig zurückgegangen und zwar sank er in einigen dieser Städte um die Hälfte. Eine Ausnahme bildet Norwegen. Dort ist in den Jahren 1871 bis 1900 eine erhebliche Zunahme an Todesfällen an Lungentuberkulose beobachtet worden. Auch in Irland hat eine Zunahme stattgefunden, wenn auch nicht in einem so erheblichen Maße wie in Norwegen. Der Rückgang der Krankheit in den anderen Ländern ist auf die moderne Verbesserung der sanitären Lebensbedingungen und auf das Wachstum des Volkswohlstandes zurückgeführt worden. Nach einer Mitteilung des Journals der amerikanischen medizinischen Vereinigung hat nun Newsholme statistische Untersuchungen angestellt, und die Lebensart, die Übervölkerung, den Preis des Weizens und sonstige Nahrungsmittel, die Armut, die öffentliche Erziehung, die Absonderung der Kranken durch ihre Unterbringung in Anstalten als mögliche Ursache des Rückganges in Rechnung gezogen. Nach der Meinung Newsholmes besteht, soweit sich die Sache übersehen läßt, nur zwischen der Anstaltsversorgung der Kranken und den Todesfällen an Tuberkulose ein eindeutiger Zusammenhang. Letzterer war durch einen Vergleich der in Anstalten behandelten Fälle mit den sonst aufgetretenen Erkrankungen in einer Reihe von Städten und Ländern feststellbar, und nur dieser Faktor wies konstante, mit der Sterblichkeitsziffer gleichlautende Schwankungen auf. Demnach muß die Anstaltsbehandlung als die wichtigste Waffe im Kampfe gegen die Tuberkulose betrachtet werden.

Die Medizin der Muhammedaner, die für die Lebensart der Moslem durch den Koran vorgeschrieben wird, hat Dr. Carl Opitz in einer fesselnden kleinen Schrift behandelt. Nach den Aufklärungen, die dadurch gegeben werden, muß man sagen, daß die muhammedanische Religion, die in hygienischer Hinsicht manches sehr Verständige gepredigt hat, in der eigentlichen Heilkunde recht unzweckmäßige Lehren erteilt. Mohamed selbst soll ein schwer hysterischer Mann gewesen sein, dessen Veranlagung sich bis zu Krämpfen und Halluzinationen verstieg. Dies heillose Leiden mag ihn vielleicht wesentlich zu seiner berühmten Prädestinationslehre geführt haben, die er auch für die medizinische Betätigung ausspricht. Eigentlich macht sie eine solche überhaupt überflüssig oder geradezu sündhaft, denn im Koran selbst heißt es: „Wenn es dem Kranken beschieden ist, gesund zu werden, so wird er es auch ohne Arznei." Im übrigen findet sich in der Bibel des Islam mancher verständige ärztliche Rat. Sicher war es von Vorteil für den muhammedanischen Nachwuchs, daß der Koran von den Müttern forderte, sie sollten ihre Kinder zwei Jahre lang selbst stillen. Eine Amme war nur ausnahmsweise zugelassen. Über die innere Beschaffenheit des menschlichen Körpers hatte Mohamed sehr sonderbare Vorstellungen. Beispielsweise brachte er das Herz mit der Luftröhre unmittelbar in Zusammenhang. Das Zustandekommen der Muttermilch führte er auf eine Mischung von Blut und Speisebrei zurück. Die Krankheiten wurden nach seiner Anschauung vorzugsweise durch böse Geister verursacht. Die Verordnung häufiger Waschungen war gewiß sehr zweckmäßig, hat aber nicht verhindert, daß die Muhammedaner im großen Durchschnitt bis auf den heutigen Tag recht unsaubere Leute geblieben sind. In medizinischer Hinsicht ist also der Koran sehr rückständig, und was er hygienisch gutes enthält, hat er mit Ausnahme des Alkoholverbots zum großen Teil der Anlehnung an die mosaische Lehre zu verdanken. H. N.

Weibliche Ärzte in Großbritannien. Anfang 1906 waren englische weibliche Ärzte tätig in 123 Städten Englands und Wales, außerdem in 46 schottischen und 20 irischen Städten. Dazu praktizierten noch englische Ärztinnen in 63 Städten Indiens, in 14



Städten Chinas und in 10 Städten Südafrikas. Von den Kolonien hat Kanada die geringste Zahl weiblicher Ärzte. In Australien dagegen sind Frauen bereits in hervorragenden Stellungen an Hospitälern tätig.

VII. Offene Stellen.

Mähren. Stadtarztesstelle in der Stadt Mistek. Mit diesem Posten ist ein Jahresgehalt von 2400 K verbunden, wofür der Stadtarzt sämtliche sanitären und sanitätspolizeilichen Agenden nach den bestehenden Sanitätsgesetzen sowie die Agenden des städtischen Krankenhauses ohne weitere besondere Vergütung zu besorgen hat. Gewünscht wird ein jüngerer Arzt mit Doktorat der gesamten Heilkunde, deutscher Nationalität, welcher auch der böhmischen Sprache mächtig ist, mit längerer Spitalpraxis und tüchtigen Kenntnissen in der Chirurgie und Geburtshilfe. Die Anstellung erfolgt auf ein Jahr provisorisch und kann nach dieser Zeit die definitive Anstellung, womit der Anspruch auf Pension im Sinne der Dienstpragmatik der Beamten der Stadt verbunden ist, erfolgen. Gesuche mit genauem Nachweis über den Lebenslauf unter Vorlage des Geburts- oder Taufscheines sind bis längstens 30. Juni d. J. an das Bürgermeisteramt der Stadt Mistek einzusenden, das auch gerne bereit ist, etwaige Anfragen und Auskünfte ehetunlichst zu beantworten.

VIII. Bibliographie.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. 7. Bd. Heft 4a.

Die Bedeutung der Zystoskopie für die Gynäkologie. Von Privatdozent Dr. G. Zangenmeister, Königsberg. Verlag C. Marhold, Halle a. S., 1907. Mk. 0·40.

Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin. 7. Bd. Heft 2—3.

Der plazentare Stoffaustausch in seiner physiologischen und pathologischen Bedeutung. Von Privatdozent Dr. E. Kahrer, Heidelberg. Würzburg. A. Stübers Verlag (Kurt Kabitzsch). 1907. Mk. 1·50.

Zur inneren Behandlung der Gonorrhoe. Von Dr. Edmund Saalfeld in Berlin.

In einer 1903 erschienenen Publikation konnte Autor darauf hinweisen, daß die Einführung des Gonosan in die Tripperbehandlung als ein bedeutungsvoller Fortschritt angesehen werden mußte. In diesem Präparat ist die eine Forderung erfüllt, auf die er immer und immer gedrungen hat, wenn anders die Anwendung des Oleum Santali erfolgreich sein soll. Die Forderung lautet, das Oleum Santali muß erstens unverfälscht und zweitens von guter Qualität sein, Forderungen, die, wie Autor sich vielfach überzeugen konnte, bei dem in den Apotheken erhältlichen Sandelöl nicht immer erfüllt werden. Des weiteren konnte er die Angabe von Boss, die vor ihm bereits von verschiedenen Seiten (Lewin u. a.) gemacht waren, bestätigen, daß die im Gonosan enthaltene zweite Substanz, die Kawa-Kawa, eine sekretionsbeschränkende Eigenschaft besitzt, ein Moment, das keineswegs zu unterschätzen ist. Außerdem fand Autor aber als erster, daß der Kawa-Kawa noch eine sehr wichtige Eigenschaft zukommt, die für die Behandlung der Gonorrhoe von größter Bedeutung ist. Das ist ihre sedative Wirkung, mit anderen Worten, die Eigenschaft, das Auftreten von Erektionen zu mindern, die einerseits subjektiv den Patienten so sehr belästigen und andererseits objektiv den Heilungsprozeß in ungünstiger Weise beeinträchtigen.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner**, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 27. Wien, 6. Juli 1907. **Nr. 27.**

INHALT:

Die Beziehungen zwischen Darmtätigkeit und lokaler Krankheit.

Von Dr. **Max Meyer**, Bernstadt.

(Schluß.)

Klysmata und Einläufe würden nur den unteren Darmabschnitt entlasten und haben das Üble, daß sie einen etwa bereits eingetrockneten Darminhalt erweichen, die Toxine zur Lösung bringen und die so geschaffene Toxinlösung der aufsaugenden Darmschleimhaut näher bringen, wobei durch die Wasserlöslichkeit in Verbindung mit der Diosmosevorgänge befördernden Galle die günstigsten Resorptionsvorgänge geschaffen werden.

Zu einer fortgesetzten Anwendung eignen sich einzig und allein die Lösungen gewisser Salze, namentlich der Mittelsalze, wie wir sie in den zahlreichen Heilquellen, Bitterwässern und deren Substituten kennen. Durch die bei dem Gebrauche dieser Wässer entstehende zentrifugale Lymphströmung des Darminnern wird der Darminhalt verflüssigt, gelockert und durch eine gleichzeitig auftretende schwache Vermehrung der Peristaltik unter Nachhilfe einer als vis a tergo wirkenden Flüssigkeitssäule binnen kurzem herausbefördert, wobei noch gleichzeitig durch die erwähnte nachfolgende Flüssigkeitssäule der Darm in seinen entlegensten Rezessus und Buchten ausgewaschen wird. Als ein ganz besonderer Vorteil hat sich herausgestellt, daß die Mittelsalzdarreichung nicht nur keine „Angewöhnung" zeitigt, wobei dann immer stärkere Dosen nötig sein würden, sondern daß es gelingt, mit immer schwächeren Gaben auszukommen, zumal wenn man sich daran gewöhnt hat, den Darm der Wohltat einer morgendlichen regelmäßigen Reinigung, analog der täglichen Haut- und Mundpflege, teilhaftig werden zu lassen.

Seit Jahren mit der Frage der Einwirkung von Darmgiften auf bestimmte gefährdete Körperbezirke beschäftigt, habe ich es mir angelegen sein lassen, die Wirkung der Darmreinigung in geeigneten Fällen — und als solche erweisen sich die meisten — zu studieren. Es ist nicht immer leicht, für die jeweiligen Heilungen durch systematische Darmreinigung einen vollwertigen und einwandfreien Beweis zu erbringen, da namentlich in akuten Fällen bei und trotz jeder Behandlung augenfällige Heilungen zur Beobachtung gelangen. Die weitere Forschung wird aber ergeben, daß es sich in derartigen akuten und auch chronischen Krankheitsfällen lediglich um Spontanheilungen handelt, insofern als sich bei ersteren die Toxinzufuhr durch die Tätigkeit der ausscheidenden Organe (Nieren, Haut) oder durch spontane Eintrocknung der Ingesta erledigt und in letzteren beispielsweise durch Änderung der ganzen Lebensweise der gleiche Erfolg eintritt.

Für eine erhebliche Reihe von Krankheitsfällen, namentlich chronischer Natur, läßt sich der sichtliche Einfluß einer vorhandenen Toxinresorption vom Darm aus auf eine Pars minoris resistentiae nicht mehr wegdisputieren, da der Einfluß einer kausalen Therapie ceteris paribus unverkennbar ist.

Hiezu sollen die folgenden Krankengeschichten einige Belege liefern.

1. Der 65jährige Dorfschmied L. war vor zirka $1^1/_2$ Jahren an zunehmenden Schmerzen in beiden Händen, besonders an den Metakarpophalangealgelenken erkrankt und war deshalb genötigt, seine gewohnte Beschäftigung aufzugeben, zumal sich auch später Schmerzen in beiden Ellbogen, den Knien und Fußsohlen einstellten.

Pat. war vor etwa 14 Jahren an einem schweren Typhus erkrankt gewesen und seitdem, kleinere, sogenannte Erkältungskrankheiten, abgerechnet, immer gesund geblieben. Bei Beginn seiner Gelenkschmerzen hatte Pat. zunächst allerhand Hausmittel (scharfe Einreibungen, Tees) angewandt und keinen Arzt befragt. Als nach wochenlanger Dauer des Zustandes sich keine Besserung zeigte, begann der Kranke, auf den Rat eines Naturheilvereinlers hin, heiße Bäder, Dampfbäder und Schwitzpackungen anzuwenden. Der Zustand blieb derselbe. Im Anfange hatten wohl die Bäder und Packungen eine scheinbare Erleichterung gebracht, in kurzer Zeit trat aber der frühere Zustand wieder ein.

Als nach monatelangem Gleichbleiben, ja Verschlimmern des Zustandes, die mannigfachsten, nicht mehr zu ermittelnden Heilprozeduren nicht den geringsten Erfolg zeigen wollten, fiel zuletzt — wie in der Schnurre von W. Busch: der hohle Zahn — dem Kranken der Doktor ein.

Beim Eintritt in die Behandlung hatte der Zustand, nach Aussage des Kranken, nahezu ein halbes Jahr gedauert. Über die Entstehung seines Leidens gab der Kranke folgende Auskunft: Während er früher nur am Herdfeuer tätig war und schmiedete, überließ er seit über Jahresfrist dies seinem Sohne und wendete sich mehr der gröberen Arbeit im Freien zu, z. B. dem Aufhalten der Pferde beim Beschlagen, dem gröberen



Wagenbeschlag vor der Schmiede usw. Bei diesen Gelegenheiten will nun Pat. durch das fortgesetzte Anfassen der kalten Hufe, zumal in strenger Winterkälte, durch den jähen Wechsel zwischen Herdfeuer und eisiger Außenluft, durch die häufige Erkältung der Füße usw. sein Leiden, welches er selbst als „Reißen“ bezeichnete, sich zugezogen haben.

Der Kranke war nie bettlägerig gewesen, hatte aber seit Monaten, soweit zu ermitteln war, nicht mehr arbeiten, ja nicht mehr zugreifen können. Er war sichtlich abgemagert und zeigte aktive und passive Schmerzhaftigkeit der Hand-, Ellbogen- und Kniegelenke und deutliche Deformitäten beider Hände: Die Metakarpophalangealgelenke werden verdickt und die Finger ulnarwärts abduziert. Beide Hände gewannen dadurch ein ganz auffälliges Aussehen, wie es vielfach für die beginnende Arthritis deformans charakteristisch ist. Der Kranke erhielt (Februar 1904) Bitterwasser und später Sanosal in täglichen Gaben und die Weisung, wenig Fleisch und keine Alkoholika zu genießen. Dieses letztere Verbot war indes, wie sich herausstellte, überflüssig, da der Kranke weder Trinker war noch eine vorwiegende Fleischkost genoß.

Pat. befolgte die ihm verordnete Medikation um so gewissenhafter, als er sah, daß sich sein Befinden besserte, seine Stimmung hob und seine früher häufig bemerkte Obstipation völlig verlor. Nachdem er einige Flaschen Sanosal verbraucht, nahm er später, der Billigkeit halber, täglich eine kleine Quantität gewöhnlichen Bittersalzes (Magnes. sulf.) in einer Tasse Wassers gelöst. Die Gelenkschmerzen verschwanden im Verlaufe eines Vierteljahres gänzlich. Seit Beginn des Sommers arbeitet Pat. wieder ohne jede Beschwerde in früherer Weise, ist völlig schmerzfrei geblieben und führt die gewohnte tägliche morgendliche Darmreinigung regelmäßig fort. Die Gelenksdeformation an deu Händen hat sich nicht gebessert, weil sich jedenfalls im Laufe der Zeit bindegewebige Verwachsungen gebildet hatten. Die übrigen Gelenke zeigen keine Veränderungen.

Daß eine beginnende Arthritis deformans — denn um eine solche konnte es sich nur handeln — lediglich auf eine systematische Mittelsalzdarreichung zum Stillstande bezw. zur Ausheilung gelangen konnte, war nur dadurch zu erklären, daß es gelang, die Resorption von Darmgiften, welche bei der zeitweisen Obstipation vorlag, zu verhüten. Es hatte weder ein Wechsel in der Ernährung und Lebensweise stattgefunden, noch waren anderweite Medikamente gereicht worden. Durch die fortwährenden Kälteeinwirkungen hatten sich an Stellen ohnehin geringerer Zirkulation anfängliche Stauungen gebildet, aus welchen dann unter gleichzeitiger Einwirkung von toxischen Stoffen Entzündungsherde mit Neigung zu bindegewebiger Entartung entstanden. Mit dem Wegfall der Toxinzufuhr war die Entzündung langsam zurückgegangen, die Bindegewebsverwachsung aber, wie nicht anders zu erwarten war, an den meistbetroffenen Stellen geblieben. Trotz des hohen Alters des Kranken war bei dem regelmäßigen Fortgebrauch der Medikation und trotz vorhandener Prädisposition kein Rückfall eingetreten.

Vielleicht ist in Einklang hiemit die Beobachtung französischer Ärzte zu bringen, daß es gelingt, den Gelenksrheumatismus und verwandte Krankheiten lediglich durch den Genuß von Milch bei Ausschluß jeder anderen Nahrung und sonstiger Medikation zur Ausheilung gelangen zu lassen; die Milch ist eben eine Nahrung, welche selbst bei längerem Verweilen im Darme nicht zur Toxinbildung neigt.

Schließlich beruht auch auf ihrer darmanregenden und evakuierenden Wirkung der Erfolg der mancherlei Gichtliköre, deren wirksamer Bestandteil die Aloë ist. Und wäre es ungereimt, für die eigentlichen Gichtwässer, statt weitgeholter Hypothesen, den Erfolg auf die darmreinigende Wirksamkeit des reichlichen Kochsalz- und Glaubersalzgehaltes zurückzuführen?

2. Die 67jährige Ehefrau R., seit jeher konstipiert, hat wiederholt schwere Lungenentzündungen*) durchgemacht. Seit zirka 12 Jahren hat die Frau häufige Anfälle von Augenbindehautentzündung. Während der letzten 10 Jahre stellten sich am rechten Unterschenkel auf unbedeutende Anlässe hin Schwellungen und entzündliche Infiltrationen um die dort vorhandenen starken Varikositäten ein, in deren Verlauf schließlich die Oberhaut sich blasig abhob; die Affektion ging dann schließlich in ein veritables Beingeschwür über, welches je nach Ausdehnung der vorherigen Infiltration sich von Pfennig- bis Fünfmarkgröße präsentierte. Stets bestand große Empfindlichkeit des Geschwürsgrundes sowie seiner Umgebung und eine Neigung, trotz sorgfältigster Behandlung, nur langsam — oftmals nach Monaten erst — zu heilen. Bei der letztmaligen Erkrankung, Anfang August, war es auffallend, daß die Infiltration und die Schmerzhaftigkeit von wechselnder Intensität waren. Es folgten auf Zeiten, wo die Röte und Schmerzhaftigkeit zurückgingen und das Geschwür eine sichtliche Tendenz zur Heilung zeigte, Tage und Wochen, wo der Zustand sich ohne ersichtlichen Grund rasch verschlimmerte, das Geschwür eine Tendenz zum Wachsen zeigte und die Empfindlichkeit zunahm.

Die Kranke war seit Beginn der Erkrankung nicht mehr von ihrem Lager aufgestanden und hatte die Weisung erhalten, regelmäßige morgendliche Gaben von Bitterwasser und später Sanosal zu nehmen. Während der ersten Zeit der Behandlung gab die Kranke an, infolge des Einnehmes regelmäßige tägliche Entleerungen zu haben. Es ließ sich aber ermitteln, daß die Angaben nicht genau waren, daß die Kranke tageweise die ihr verordnete Medikation aussetzte und daß schließlich mehrtägige Stuhlverhaltung bestand. Gewöhnlich war von der Kranken um dieselbe Zeit eine Verschlimmerung ihres Beinleidens bemerkt worden, und sie verlangte zuletzt selbst nach einer recht starken purgierenden Arznei, da sie, wie sie selbst sagte, von den ihr verordneten Medikamenten gewöhnlich binnen kurzer Zeit keine Wirkung mehr verspüre, selbst wenn sie doppelte bis vierfache Portionen nehme. In der Tat hatte sie eines Tages statt der üblichen Dosis von 1—2 Maßgläschen Sanosal deren 8 ohne jeden Erfolg genommen. Da die Röte und die Schmerzhaftigkeit zunahmen und die Obstipation bereits mehrere Tage bestanden hatte, erhielt die Kranke 15 Stück Kaskarinepillen, welche sie im Zeitraume von etwa 5 Tagen mit dem Erfolg einer einzigen Entleerung verbrauchte. Anfang November erhielt die Frau 5 Pulver, à 1·5 *g*, Jolapenpulver und 0·2 Recin. Scamonii, dazu tägliche Dosen von Sanosal. Als nach Gebrauch von 4 (!) Pulvern noch keine Entleerung am 7. Tage eingetreten war, wurde ein starkes Infusum sennae comp. mit dem Erfolge gereicht, daß am 8. Tage eine Entleerung harter, kirschkerngroßer, bröckliger Massen eintrat. Dieser günstige Erfolg wurde durch tägliche morgendliche Mittelsalzgaben festgehalten. Von Mitte November ab besserte sich, ohne daß irgend eine Änderung in der lokalen Behandlung (Umschläge von Burowscher Lösung) stattgefunden hatte, die entzündliche Infiltration und die Schmerzhaftigkeit zusehends; das Geschwür heilte rasch und ist bislang geheilt geblieben. Der Unterschenkel zeigt die bisherigen starken Varikositäten und an der Stelle der abgelaufenen Zellgewebsentzündung eine graubraune Verfärbung. Von einer Wunde ist nichts mehr zu sehen.

Ein Ende November drohendes Aufflackern der Entzündung wurde durch eine Verschärfung der Abführmaßregeln in Schranken gehalten.

Der dritte Fall betrifft eine 53jährige Frau, welche seit ihrer Jugend an Obstipation, dyspeptischen Zuständen und zeitweiser Migräne gelitten hatte. Seit etwa 10 Jahren besteht nach einem Fall auf den Hinterkopf ein kontinuierlicher Kopfschmerz, welcher tageweise so heftig exazerbiert, daß die Frau das Bett hüten muß. Mitte Oktober war die Frau nach einer Erkältung mit Frieren, später Halsschmerzen und Ziehen in den Gelenken erkrankt. Es entwickelte sich ein heftiger akuter Gelenksrheumatismus. Anfänglich wurde Natr. salicyl. in großen Dosen gereicht. Es zeigte sich außer starkem Schweiß, Ohrensausen und quälender Brechneigung keine

*) Bezüglich deren Ätiologie vgl. Dr. Meyer: Eine neue Theorie über Lungenentzündung usw. Ärztliche Praxis 1904.



Wirkung auf die bestehende Gelenksschmerzhaftigkeit. Gleichzeitig wurde Bitterwasser und Sanosal frühmorgens nüchtern gegeben mit dem Erfolge, daß erst nach dem Verlaufe vieler Stunden, bisweilen erst am Nachmittag, eine schwache Entleerung eintrat.

Weitere Gaben von Natr. salicyl. wurden zum Teil erbrochen, und später scheiterte jeder Versuch, Salizylpräparate zu geben, an der strikten Weigerung der Kranken. Die Frau hatte im ganzen höchstens 10 *g* Natr. salicyl. genommen. Die Gelenksschmerzen blieben unverändert, es stellte sich vielmehr völlige Hilflosigkeit ein.

Da die Frau schon seit Jahren gewöhnt war, gegen ihre Verstopfung Medikamente zu gebrauchen (gewöhnlich Sennaaufgüsse, Tees usw.), so wurden bei dem geringen Erfolge der Mittelsalzdarreichung schließlich Kaskarinepillen gegeben. Gleichzeitig wurden die morgendlichen Mittelsalzgaben in Form des Sanosal fortgereicht, und es zeigte sich eine sichtliche Besserung der Darmtätigkeit. Schließlich bildete sich eine gewisse Regelmäßigkeit der Darmtätigkeit heraus und die Frau begann sich subjektiv wohler zu fühlen. Ohne jede Darreichung von Salizylpräparaten ging die Gelenksschmerzhaftigkeit langsam zurück. Ende November ist die Frau nahezu schmerzfrei, empfindet aber noch in den einzelnen Gelenken ein Gefühl von Steifigkeit und Schwere, welches ihr noch nicht gestattet, auszugehen.

Man nennt die Salizylpräparate gern ein Spezifikum gegen den Gelenksrheumatismus. Im vorliegenden Falle hat sich dies nicht ergeben. Bezüglich der Wirkungsweise kann man wohl kaum annehmen, daß die Salizylate bei ihrem Kreisen im Körper und in enormer Verdünnung an den Stellen der Entzündung lokal antibakteriell und antiphlogistisch wirken, trotzdem man — jedenfalls im Banne dieser Anschauung — in neuester Zeit versucht hat, intraartikuläre Einspritzungen vorzunehmen. Wenn man eine spezifische Einwirkung annehmen will, so kann es nur die sein, daß durch die angeregte mächtige Diaphorese die im Säftestrome kreisenden und im Körpermassiv zum Teil abgelagerten Toxine durch das Ausscheidungsorgan der Haut eliminiert werden.

Es gewinnt den Anschein und weitere Forschungen werden ergeben, daß im Anschluß an Kältereize lokaler und allgemeiner Art reflektorische Verlangsamungen der Darmtätigkeit ausgelöst werden, wobei — zumal bei vorhandener Prädisposition und gewisser Nahrungszufuhr — Stagnation des Darminhaltes, Bildung von Toxinen und schließlich deren Übertritt in den Säftestrom mit konsekutiver protoplasmafeindlicher Einwirkung an Stellen des geringsten Widerstandes die Folgen sind.

Die mitgeteilten Krankengeschichten betreffen Fälle aus jüngster Zeit, wie sie die tägliche Praxis darbietet. Es wird sowohl im Interesse der Wissenschaft als des Allgemeinwohles liegen, die von mir vertretene Theorie an der Hand eines ausgiebigen Krankenmaterials zu prüfen.

Die therapeutischen Erfolge werden den Schlüssel für manches liefern und für viele Fälle die drückende Ungewißheit heben, hinsichtlich der Pathogenese, des Krankheitsverlaufes und der Therapie Mysterien gegenüberzustehen.

Über die sexuelle Enthaltsamkeit.

Von **Dr. O. Schreiber.**

(Schluß.)

Der Psychiater in Tomsk, M. N. Popow, hält die geschlechtliche Enthaltsamkeit unbedingt nützlich für den Mann und den Jüngling, weil sie ihm „Munterkeit, Lebensfrische, Energie bewahrt, heitere Stimmung bewirkt und ihn zum Altruismus neigt. Eine Armee, die keine Frauen duldet — ist immer heldenmütig. Die Frau soll nur dann bei der Armee geduldet werden, wenn es nicht Not tut, einen Heroismus zu entfalten." M. N. Popow hält die Enthaltsamkeit für alle Zeiten und alle Lebensalter nützlich. Auf Grund persönlicher Erfahrung hält Popow für möglich sich zu äußern, daß schwächliche Individuen, Psychopathen, Neurastheniker lieber — mit großem Nutzen für sie selbst sowohl wie für ihre Nachkommen — nie in geschlechtlichen Verkehr mit Frauen getreten wären. Wenn auch manchmal solche Individuen nach dem Koitus eine gewisse Erleichterung finden, so dauert dieselbe nur eine kurze Zeit, um dann, nach M. N. Popow, immer einem verschlimmerten Selbstgefühl Platz zu machen."

Der Psychiater Prof. L. W. Blumenau, Petersburg, meint, daß in den reiferen Jahren die geschlechtliche Enthaltsamkeit weder als normal, noch als nützlich betrachtet werden muß. In den meisten Fällen solcher Enthaltsamkeit handelt es sich ja, nach Prof. Blumenau, um Onanismus, also — um Mißbrauch. „Aber mit diesem Vorbehalt", sagt L. W. Blumenau, „darf ich äußern, daß sowohl meine persönlichen Beobachtungen, als Tatsachen, die mir aus der speziellen Literatur bekannt sind, mich schon längst überzeugten, daß im allgemeinen die sexuelle Enthaltung zu keinen ernsten nervösen Störungen führt. Diejenigen Individuen, die ihre Nervenleiden mit Enthaltung in Verbindung bringen, sind meistens erbliche Neuropathen; bei ihnen ist auch die Onanie schädlich, da sie leicht die erlaubten Grenzen überschreiten." Jedoch glaubt Blumenau, selbst für solche Personen sind Enthaltung und Onanismus viel weniger deletär, als die Gefahr einer syphilitischen Ansteckung. Im ersten Falle erschöpft sich die Sache mit einer funktionellen Störung, im zweiten aber droht eine organische Erkrankung des Nervensystems.

Der Physiologe S. I. Tschiriew, Kiew, fühlt sich nicht in der Lage, „das physiologische Alter" zu bestimmen, „wo die geschlechtliche Reife eintritt", weil alles von der Entwicklung des Individuums und den Bedingungen seiner Erziehung abhängt. „Sobald die geschlechtliche Erregbarkeit sich frühzeitig regt und besonders wenn die Befriedigung der sexuellen Bedürfnisse sich in einer unnatürlichen Form gestaltet (z. B. in Form der Masturbation), was zur raschen Erschöpfung des spinalen geschlechtlichen Zentrums führt", so empfiehlt S. I. Tschiriew „eine Art sexueller Diätetik, Abbrechen mit der anormalen geschlechtlichen Befriedigung und, wenn möglich, Anwendung kalter Duschen auf den Rücken". Prof. Tschiriew erwartet auch keinen Schaden von der sexuellen Enthaltung sogar bis zum 30. Lebensjahre, wenn nur nicht dabei öftere Pollutionen eintreten. Jedenfalls hält es Prof. Tschiriew für möglich, als Regel aufzustellen, daß die Geschlechtsschwäche öfter nach sexuellen Exzessen, als infolge von Enthaltung eintritt.

Prof. W. Tschish, Dorpat, hält es für zweckmäßig, die oben gestellten Fragen folgendermaßen zu zergliedern: 1. Ist eine absolute sexuelle Enthaltsamkeit nützlich oder schädlich für einen Jüngling oder einen Mann, der noch das Geschlechtsleben nicht betreten hat? Ist eine absolute sexuelle Enthaltsamkeit nützlich oder schädlich für einen Jüngling oder einen Mann, der schon geschlechtlich funktioniert hat? 3. Ist eine absolute sexuelle Enthaltsamkeit nützlich oder schädlich für einen Jüngling oder einen Mann, der an sexueller Neurasthenie (im weiteren Sinne dieser pathologischen Erscheinung) leidet? Auf die erste Frage antwortet Professor Tschish in folgender Weise: Absolute sexuelle Enthaltsamkeit ist unbedingt mehr nützlich als schädlich. Die Gefahr, sich eine venerische Krankheit zuzuziehen, ist immer so groß, daß auch diejenigen, die die sexuelle Enthaltung für schädlich erklären, doch zugeben müssen, wie Tschish meint, daß dieser Schaden viel unbedeutender sei, als die deletären Folgen von dem Tripper und der Syphilis. Die sexuelle Enthaltung bis zum 25. bis 28. Jahre soll, nach W. Tschish, keinen schädlichen Einfluß ausüben, worin er sich auf Grund von Beobachtungen überzeugen konnte. Er sah junge Leute, die, obwohl sie das Geschlechtsleben noch nicht angefangen hatten, sich blühender Gesundheit erfreuten. Höchstens daß sie über erotische Anwandlungen klagten, manchmal auf mangelhaften Schlaf, besonders im Frühling. Schwieriger ist es, nach Tschish, zu unterscheiden, inwiefern die sexuelle Enthaltung nach dem 25. bis 38. Jahre schadet, das heißt gegen das Ende der Jugendjahre. Gesunde Leute, die sexuell



keusch bleiben, auch nach dem 25. bis 28. Jahre, gibt es sehr wenige. Wir sind also auf Mädchen angewiesen. Man sollte aber nur mit großer Vorsicht Beobachtungen an Mädchen auf keusche Männer übertragen. „Man könnte glauben“, sagt Tschish, „daß sexuelle Enthaltsamkeit nach dem 25. bis 28. Lebensjahre vorzeitiges Abwelken, Blutarmut, eine eigentümliche Reizbarkeit des Charakters, sogar Veränderungen desselben hervorruft: es entwickelt sich eine Bosheit, Mißtrauen, Unzufriedenheit mit der Umgebung, Einseitigkeit, es entstehen wenig motivierte Anhänglichkeiten usw. Diese Symptome seitens des Nervensystems werden beobachtet, nach Tschish, in den meisten Fällen; die Veränderungen im Organismus, soviel ihm bekannt ist, sind sogar konstant. Dessenungeachtet ist der Schaden, den die sexuelle Enthaltung anrichtet, doch von geringer Wirkung auf den allgemeinen Gesundheitszustand, denn die Jungfräulichen beiderlei Geschlechtes leben bis zu einem sehr hohen Alter und ertragen die Infektionskrankheiten ebenso gut, wie diejenigen, die den Koitus übten. Da sie dabei frei von venerischen Krankheiten sind, so begegnen wir bei ihnen Nervenerkrankungen auf organischer Grundlage seltener, als bei Personen, die geschlechtlich funktionierten. — Ferner, meint Professor Tschish, daß „die sehr verbreitete Ansicht über den Schaden der sexuellen Enthaltsamkeit nur in bezug auf diejenigen Personen richtig sei, die schon das Geschlechtsleben betraten“. „In der Tat“, sagt Tschish, „belästigt die sexuelle Enthaltung solche Personen soweit, daß sie fast alle, nach einem mehr weniger langen Kampf, zum geschlechtlichen Verkehr zurückkehren. Eine dauernde Enthaltung bei Personen, die schon den Koitus ausübten, ruft nervöse Störung hervor, depressive Stimmung, Sinken und Schwächung der Energie. Was Personen anbetrifft, die an sexueller Neurasthenie leiden, so hält für sie Prof. Tschish die Enthaltung unbedingt nützlich. Er empfiehlt allen Neurasthenikern überhaupt sexuelle Enthaltung. Manche von ihnen klagen zwar, daß bei ihnen die sexuelle Enthaltung Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, allgemeine Unruhe, erotische Stimmung usw. hervorrufe. Aber Prof. Tschish machte wiederholt die Beobachtung, daß der Zustand der Neurastheniker, die von erneuertem Koitus Erleichterung erwarteten, sich immer bedeutend verschlimmerte. Im Gegenteil, Neurastheniker, die auf geschlechtlichen Verkehr verzichteten, sich erholten und sogar genasen. Bei Jünglingen übt, nach Tschish, die Enthaltsamkeit einen außerordentlich günstigen Einfluß auf das geistige Leben.

Prof. L. O. Darkschewitcz, Kasan, sah während seiner ganzen klinischen Tätigkeit keinen einzigen Fall, wo er sagen könnte, daß eine bestimmte Nervenstörung als Folge sexueller Enthaltung betrachtet werden könnte bei Personen in dem Alter, wo man bei uns (in Rußland) gewöhnlich heiratet. Andererseits begegnet L. O. Darkschewitcz im letzten Jahrzehnte immer öfter und öfter solchen jungen Leuten, die, nach Erreichung des 22. bis 25. Lebensjahres, die sexuelle Abstinenz fortsetzten, sei es aus ethischen Gründen, sei es aus Furcht, eine venerische Krankheit zu akquirieren. Aus der Befragung solcher Personen überzeugte sich L. O. Darkschewitcz immer, daß für sie die sexuelle Enthaltung niemals die Quelle nervöser Störungen war. Er bemerkte auch, daß die meisten jungen Leute eine ganz unrichtige Vorstellung über die Funktionen des Geschlechtsapparates haben. Nach Prof. Darkschewitcz empfinden die meisten jungen Leute eine unüberwindliche Furcht vor Samenverlusten, die sie für das erste Symptom einer Erkrankung halten, die auf Grund sexueller Enthaltung entstehe. Um den Pollutionen im weiteren vorzubeugen, entschließen sie sich zu einem Koitus, obwohl sie bekennen, daß ihre Neigung dazu jedenfalls nicht unüberwindlich zu nennen ist. Sehr oft kamen auch solche Fälle vor, sagt Prof. Darkschewitcz, wo junge Leute, die schon im 14. bis 16. Jahre regelmäßigen Koitus übten und sogar sich Exzesse erlaubten, sich dann eine selbständige und ganz bestimmte Ansicht über die sexuelle Enthaltung machten, allmählich vom Koitus sich entwöhnten und bis zur Eheschließung eine abstinierende Lebensweise führten. L. O. Darschkewitcz hält es jedoch für irrig, wenn man in der Frage des geschlechtlichen Triebes einen und denselben Maßstab auf alle Fälle anwendet. Gerade in dieser Sphäre spielt Individualität eine bedeutende Rolle. Er beobachtete nicht selten Personen, welche trotz ihrem Streben, ein enthaltsames Leben zu führen, nicht die Willenskraft dazu hatten, um das von ihnen gehegte Ideal der Keuschheit zu verwirklichen. L. O. Darkschewitcz resumiert seine Meinung in folgenden Worten: „In unserem Lande, wo die Ehen verhältnismäßig früh geschlossen werden (ungefähr im 25. Jahre), ist das Ideal eines keuschen vorehelichen Lebens nicht nur theoretisch ganz erreichbar, sondern wird auch in der Wirklichkeit sehr oft erzielt. Viele verzichten infolge ihrer individuellen Eigentümlichkeiten auf den Kampf um jeden Preis mit ihren vorehelichen sexuellen Neigungen. Es gibt aber auf der anderen Seite nicht wenige Leute, die ganz bestimmten Prinzipien zufolge ihrem ersten Koitus nach der Eheschließung übten. Und gerade diese letzteren merkten bei sich absolut nichts, was zu irgend einer Krankheit Beziehung hätte und in einer unzweifelhaften Verbindung stände mit ihrer geschlechtlichen Enthaltsamkeit in den jüngeren Jahren.“

Prof. Selenew, Charkow, erachtet die sexuelle Enthaltsamkeit unbedingt nützlich für Männer und Jünglinge. Er sah niemals schädliche Folgen davon weder bei den einen, noch bei den anderen. Nach Prof. Selenew äußern eine besondere Ausgelassenheit in geschlechtlicher Hinsicht gewöhnlich Personen mit tiefen Veränderungen im Zentralnervensystem.

Vereinzelt steht in der ganzen Frage Prof. Erb.

Nach Erb liegt die Sache für Schüler und ganz junge Leute ganz anders als für vollreife, jugendliche Männer, etwa vom 20. bis 21. Lebensjahre an. Was für jene noch ganz unschädlich sein kann, ist für diese vielleicht schon schädlich. Im übrigen verweist Erb auf seine Arbeit: „Bemerkungen über die Folgen der sexuellen Abstinenz“ in der „Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ (Band II, Nr. 1). In dieser Arbeit beschreibt Erb einige Fälle, wo die Enthaltsamkeit deutlichen Schaden der Gesundheit brachte, und sagt, daß diese Fälle sich wohl leicht vermehren ließen, doch ist ihre Beurteilung oft recht schwierig; die Verhältnisse liegen sehr kompliziert, und häufig wird die Reihenfolge der Erscheinungen, ob primäre oder sekundäre Onanie u. dgl. nicht sicher festzustellen sein. Es scheint Erb kaum zweifelhaft, daß auch gesunde Männer mit regem Geschlechtstrieb durch die Enthaltsamkeit geschädigt, daß sie jedenfalls sehr belästigt und in ihrer psychischen Leistungsfähigkeit, in ihrer Arbeitslust, Stimmung usw. entschieden beschränkt werden; wie häufig daraus wirklich Krankheit entstehen mag, entzieht sich Erbs Beurteilung. Zweifellos aber gilt dies, nach Erb, in höherem Grade für neuropathisch belastete Individuen, deren Zahl ja außerordentlich groß ist; dieselben sind häufig vom Hause aus mit einem besonders regen Geschlechtstrieb ausgestattet und leiden durch dessen unbefriedigte Anforderungen durch Pollutionen, Zwangsonanie, Störung der Nachtruhe und der Arbeitsfähigkeit, auch durch die Entwicklung der verschiedenen Formen „sexueller Neurasthenie“ in hohem Maße. Aber das sind, nach Erb, wirklich Kranke, die einer gesonderten Beurteilung und Behandlung bedürfen und für welche wohl auch gerade die Aufnahme eines geregelten sexuellen Verkehrs nicht immer leicht und von heilsamer Wirkung ist.

C. Fränkel, Halle, stimmt im allgemeinen dem Urteil von Erb zu, daß ohne Zweifel eine erhebliche Zahl von Jünglingen und Männern die geschlechtliche Enthaltsamkeit durchführen könnte, ohne irgend einen nachteiligen Einfluß des Verzichtes auf den geschlechtlichen Genuß zu verspüren, daß es aber doch eine gewisse Anzahl von Individuen, namentlich solche mit gesteigerter nervöser Empfindlichkeit usw. gibt, für die der Verkehr mit dem anderen Geschlecht geradezu als eine Notwendigkeit erscheint.

Jakobsohn selbst meint: Die Jugend soll enthaltsam sein. Enthaltsamkeit schadet ihr keineswegs. Im Gegenteil,



sie ist nützlich. Wenn unsere jungen Leute abstinent bleiben und außerehelichem Geschlechtsverkehr ausweichen, so bewahren sie in Reinheit das hohe Ideal der Liebe zur Frau und werden nicht anheimfallen den venerischen Krankheiten.

Unsere Anschauungen haben wir in der Einleitung auseinander gesetzt.

Entfettungskur unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Herz- und Gefäßapparates.

Von **Dr. Maurus Fisch**, Franzensbad.

(Schluß.)

Eine große Anzahl von Arbeiten ist seither über das Radfahren erschienen; alle betonen die Häufigkeit der Herzschädigungen, die es verursacht. In einer dieser Arbeiten (Stabsarzt Dr. Beyer, „Das Radfahren vom militärischen Standpunkt", Münchner med. Wochenschrift 1906) werden die verschiedenen Formen dieser Schädigungen besprochen; nebst Dilatation und Hypertrophie wird auch die Mitralinsuffizienz genannt. Beyer berechnet, daß dem Militärdienste bei der deutschen Armee im Laufe der Jahre bisher etwa eine Viertelmillion (250.000) Wehrpflichtige durch die beim Radfahren akquirierten Herzschädigungen entzogen wurde.

Physiologen (Angelo Mosso, „Der Mensch in den Hochalpen" u. a.) wiesen schon vor Jahren auf die Gefahr hin, die dem Herzen von forciertem Bergsteigen drohe. Auch ergab die Statistik, daß die Herzkrankheiten in den Bergländern weit häufiger sich finden, als in den Flachländern.

Über „Touristik und Herz" erschien im Vorjahre eine vielseitig beachtete Arbeit von R. Beck in der Wiener med. Wochenschrift 1906, Nr. 6 und 7. Beck fand, daß selbst bei langen und schweren Touren nur eine mäßige Erhöhung des Blutdruckes stattfinde. Eiweiß fand sich nur selten und auch dann nur in geringer Menge im Urin vor. Diesen von Radwettfahren abweichenden Befund erklärt Beck damit, daß die — wenn auch nur 5—30 Minuten dauernde — Anstrengung der Radwettfahrt, bei welcher der Wettfahrer seine letzte Reservekraft einsetzt, einen viel intensiveren, konzentrierten Einfluß auf den Kreislauf und die Atmung ausüben, als die langandauernden Bergtouren, bei welchen zwischen den sehr schwierigen und äußerst anstrengenden Stellen sich doch wieder Zeiten von Rast und Orte leichteren Terrains einschieben. Gelegentlich fand er Verbreiterung der Herzdämpfung nach anstrengenden Touren, die sich nach der Rast schnell zurückbildete; er läßt es dahingestellt, ob es sich hier um „akute Dilatation" oder bloß um stärkere Blutfüllung des Herzens handle. Die Pulszahlen schwankten zwischen 120 und 160 beim steilen Ansteigen. Arhythmien wurden nie beobachtet. Gemeinschaftlich mit anderen Ärzten untersuchte er 31 Bergführer und Touristen, welche seit Jahren in übertriebener, anstrengendster Weise Touristik betrieben. Bei 28 von ihnen (90%) fanden sich Kardiopathien (meist Schädigung des Herzmuskels mit und ohne Dilatation, viermal Mitralinsuffizienz).

In der Sitzung der Prager medizinischen Gesellschaft vom 16. Jänner 1907 teilte Dozent Dr. Walko einige von ihm beobachtete Fälle von Schädigung des Herzmuskels mit, die durch forcierte Bergtouren entstanden waren. Ein solcher Fall ist ferner erwähnt von Bingel (vgl. Bingel, „Untersuchungen über den Einfluß des Biertrinkens und Fechtens auf das Herz junger Leute", Münchener med. Wochenschrift 1907).

Bei Berufsringern (Lennhoff und Levy-Dorn, Deutsche med. Wochenschr. 1905, Nr. 31) fand sich in 69% Eiweiß, die Perkussion ergab eine Verbreiterung der Herzdämpfung, orthodiagraphisch ließ sich keine Zunahme des Herzumfanges feststellen. Gleiche Befunde hatten in jüngster Zeit Weissbarth und Selig (Wien. klin. Wochenschr. 1907), welche bei Wettringern Pulszahlen bis 180 und einmal eine Respirationsziffer von 60 fanden.

Bei Fußballspielern fand A. Selig die klinischen Symptome einer Herzdilatation. (Wiener klin. Wochenschr. 1905, Nr. 18.)

Aus diesem Grunde kann man es nicht genug betonen, daß bei Entfettungskuren, namentlich unter Berücksichtigung der Zirkulationsverhältnisse, jede dieser vorskizzierten anstrengenden Körperübungen vorsichtshalber am liebsten unterlassen bleiben mögen, und an deren Stelle die bereits angegebenen diätetisch-physikalischen Methoden in ihre Rechte zu treten haben.

Die Ablagerung von Fett ist eine größere an Stellen, deren unterliegende Muskeln nicht viel geübt werden; dagegen vollzieht sich die Muskelzunahme gerade am prägnantesten, wo viel Tätigkeit in Anspruch genommen wird. Bei Entfettungskuren mit Reduktion des Körpergewichtes verhält sich dies gerade umgekehrt. Es nimmt am ausgiebigsten die Stelle an Fett ab, wo die benachbarten Muskeln stark arbeiten und jene an Muskelgewebe, wo keine besondere Tätigkeit existiert. Das vorteilhafte an diesem Arrangement liegt darin, daß dadurch das Fettgewebe dort abgelagert wird, wo es am wenigsten Schaden verursachen kann — und Muskelgewebe da, wo es den größten Nutzen entfalten kann. Beim Schwund von Gewebe ist natürlich das umgekehrte der Fall. Demzufolge muß man auch bei jeder Entfettungskur darauf bedacht sein, daß der Organismus alle hier in Betracht kommenden therapeutischen Maßnahmen nur zu seinem Nutzen und wie am besten verwenden kann.

Denn nur auf diese Weise erreichen wir den Endzweck einer Entfettungskur: „Schönheit und Gesundheit in bezug auf die Körperform muß Hand in Hand gehen!"

Literatur.

Fisch, Wien-Franzensbad, Balneotherapie bei cor adiposum. Vortrag, gehalten auf der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Meran 1905. St. Petersburger med. Wochenschr. 1906, Nr. 10.

v. Noorden, Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels. Berlin 1893.

v. Noorden, Überernährung und Unterernährung. Deutsche Klinik 1902, Bd. II.

G. Rosenfeld, Der Prozeß der Verfettung. Berliner klin. Wochenschr. 1904.

M. Einhorn, Die Kunst, das Körpergewicht nach Belieben zu erhöhen und zu erniedrigen. Berliner klin. Wochenschr. 1904.

K. Bornstein, Entfettung und Eiweißmast. Berliner klin. Wochensch. 1904.

A. Albu, Erwiderung zu K. Bornsteins „Entfettung und Eiweißmast", ibid.

E. H. Kisch, Die Lipomatosis als Degenerationszeichen, ibid.

F. Hirschfeld, Die Behandlung der Fettleibigkeit. Zeitschr. f. klin Med. 1903, Bd. XXII.

W. Ebstein, Die Fettleibigkeit (Korpulenz) und ihre Behandlung. Wiesbaden, VIII. Aufl., 1904.

Rubner, Physiologie der Nahrung und Ernährung. Leydensches Handbuch der Ernährungstherapie. Leipzig 1903, II. Aufl., Bd. I.

Fr. Hoffmann, Leipzig, Vorlesungen über allgemeine Therapie, 1888.

Eichhorst, Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, Bd. I u. II.

Kisch, Die Herzbeschwerden der Fettleibigen und ihre Behandlung. Deutsche Klinik 1901, Bd. IV.

v. Leyden, Über Fettherz. Vortrag im Verein für innere Medizin, Berlin 1882.

Strümpel, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie, Bd. I.

v. Jürgensen, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie.

Nothnagels Handbuch der allgemeinen speziellen Pathologie und Therapie.

Eulenburgs Enzyklopädische Jahrbücher der gesamten Heilkunde. V. u. VI. Jahrg., erste Hälfte, E. u. F., 1886.

W. Ebstein, Fettleibigkeit. Deutsche Klinik 1901, Bd. IV.

Poehl, Fürst J. v. Tarchanoff, Wachs, Rationelle Organotherapie mit Berücksichtigung der Urosemiologie. I. Hälfte, St. Petersburg 1905.

Fisch, Dosierte Kohlensäure-Solebäder, System Dr. Fisch. Vortrag (mit Demonstration) auf der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Kassel, 1903.

Fisch, Über Wesen und Bedeutung der Kohlensäurebäderbehandlung. Vortrag (mit Demonstration), 25. Balneologenkongreß in Aachen, 1904. Deutsche Ärzte-Zeitung und Heilmittel-Revue, 19.

R. Beck, Touristik und Herz. Wiener med. Wochenschrift 1906, 6 u. 7.

II. Referate.

Über Beziehungen zwischen der Rachitis und nervösen Krankheitserscheinungen. Von Dr. Joh. Weidlich.

Bei der Rachitis sind viele Momente vorhanden, welche die Entstehung von Reflexen begünstigen müssen. Die auffallende Häufigkeit von Krämpfen bei rachitischen Kindern legt den Gedanken nahe, daß einmal bei ihnen eine Steigerung der Anlässe zur Auslösung von solchen, ferner aber auch eine Steigerung der Reflexerregbarkeit vorhanden sein und wohl beide Momente hier zusammenwirken werden. Fürs erste sind nun wohl die Ursachen zur Auslösung von Reflexen bei rachitischen Kindern besonders häufig vorhanden. Dahin gehören wohl die bei ihnen häufigen Störungen in der Funktion der Verdauung, die häufigen Krankheiten der Atmungsorgane, namentlich Bronchialkatarrhe, dahin gehört der häufig von solchen Erkrankungen abhängige, aber auch namentlich bei Einleitung und bei Exazerbationen des rhachitischen Prozesses häufig auch ohne besondere sonstige, greifbare Ursachen stattfindende Eintritt von Fieber, der ja bekanntlich im frühen Kindesalter häufig zu Fraisen Veranlassung gibt. Hieher gehört auch die Schmerzhaftigkeit, der entzündungsähnliche Charakter der rachitischen Knochenveränderungen, welcher sich z. B. beim Anfassen rachitischer Kinder äußert. Aber auch die Reflexerregbarkeit wird wohl gesteigert sein. Hiefür scheint namentlich ein Umstand zu sprechen, welcher die Annahme einer Verminderung der Reflexhemmung nahelegt. Da kommt schon zunächst in Betracht, daß die Rachitis als ein Zustand, in dem die allgemeine Entwicklung verlangsamt und gestört ist, die Entwicklung der beim Neugeborenen noch sehr geringen Empfindlichkeit.

Manche sich direkt aus der Entwicklungs- und Stoffwechselstörung ableitende Erscheinungen der Rachitis, wie z. B. das erschwerte und verlangsamte Zahnen, zeitigen, wie dieses z. B. Entzündungen der Mundschleimhaut, die mit Fieber einhergehen, Zustände, deren Beziehungen zum Ausbruche von Fraisen nicht so schwer verständlich sein werden, wie z. B. in dem erwähnten Falle der entzündliche lokale Reiz sowohl als das Fieber Gelegenheitsursachen hiefür abgeben können.

Der innige Zusammenhang zwischen Rachitis und Krämpfen kommt auch darin zum Ausdrucke, daß so manche zur Rachitis in bezug stehende Krankheitszustände in ursächlichen Zusammenhang mit Krämpfen gestellt werden. Es ist wohl naheliegender, dieselben geradeso wie die hiebei öfters beobachteten Störungen der Zahnbildung ganz analog den Störungen der Knochenbildung direkt aus Ernährungs- und Stoffwechselstörungen abzuleiten als aus den Krämpfen rachitischer Kinder, die selbst wohl wieder nur aus dieser Quelle entspringen. Die Rachitis kann wohl überhaupt nebst dem plötzlichen Fiebereintritt als die gewöhnlichste Ursache des Eintrittes von Fraisen angesehen werden. Bei fieberhaften Erkrankungen rachitischer Kinder werden wir umsomehr darauf gefaßt sein müssen, je florider bei ihnen der rachitische Prozeß ist. Der Zusammenhang von Fieber und Kampfausbruch liegt in der schlafstörenden Wirkung des Fiebers, insoferne als wohl große Schlaftiefe der Auslösung von Reflexen hinderlich, eine geringere hingegen dem wachen Zustande gegenüber förderlich ist. Da nun häufig Fiebereintritt gerade am Abende erfolgt, beziehungsweise Fiebersteigerungen, so wird auch schon die Störung des natürlichen Schlafes hiedurch leicht zu Fraisen führen können, so daß nicht einmal immer die Kombination zwischen einer besonderen narkotischen Toxinwirkung und schlafstörenden Wirkung der Temperatursteigerung, besonders bei Vorhandensein von Rachitis, hiezu erforderlich sein wird. (Prager med. Wochenschrift, Nr. 11, 1907.)

*

Über die Ursachen und die Behandlung der Arteriosklerose. Von Prof. Dr. Senator.

Der Zustand, welchen man klinisch als „Arteriosklerose“ oder auch als „Arterienverkalkung“ bezeichnet, ist kein einheitlicher, wenigstens in anatomischer Beziehung. Es handelt sich bei der ausgebildeten Arteriosklerose um ein Gemisch von hyperplastischen, entzündlichen und degenerativen Prozessen. Die Anatomen selbst sind noch nicht darüber einig, ob der Prozeß in der Intima oder in der Muscularis der Arterien seinen Anfang nimmt. Wahrscheinlich ist der Ausgangspunkt verschieden in den verschiedenen Gefäßgebieten, anders in der Aorta, als in den kleinen Arterien.

Nun in jedem Fall, und das ist über jeden Zweifel erhaben, ist die Kalkablagerung ein sekundärer Prozeß, d. h. der Kalk wird erst in die schon erkrankten Gefäßhäute abgelagert, und weit entfernt, daß durch die Entkalkung die Gefäße gesund würden, werden sie im Gegenteil eher noch schlechter, das heißt weicher und weniger widerstandsfähig. Es kann bei entkalkten Gefäßen vielleicht eher eine Ruptur eintreten, als bei kalkhaltigen.

Im klinischen Sinne sprechen wir von „Arteriosklerose“, wenn die Arterien, soweit sie durch ihre Lage sichtbar und fühlbar sind, sich verdickt und rigide und weiterhin geschlängelt zeigen.

Der arterielle Druck verhält sich verschieden. Es wird zwar gewöhnlich angegeben, daß er erhöht sei, indessen beruht diese Angabe zumeist auf den theoretischen Vorstellungen, welche man sich von der Erhöhung des arteriellen Drucks als Ursache der Arteriosklerose gemacht hat, Vorstellungen, welche durch das Experiment nicht bestätigt sind. Die Blutdruckmessungen sind aber bei Arteriosklerotikern recht schwierig zu beurteilen wegen des Widerstandes, welchen die Verdickung der Gefäßwände für sich allein schon darbietet, sodann weil die Messung immer nur über den Druck in einem beschränkten Gefäßgebiet Aufschluß gibt. Der Blutdruck kann sich im Kapillargebiet und den allerkleinsten Arterien in anderem Sinne ändern als in den größeren Arterien oder als in der Aorta und den großen Stämmen.

Die ätiologischen Verhältnisse nun, unter denen die Arteriosklerose im klinischen Sinne sich entwickelt, sind ziemlich gut bekannt. Man weiß, daß Arteriosklerose eine, sozusagen, physiologische Erscheinung ist im höheren Alter. Man kann doch nicht gut annehmen, daß mit höherem Alter, wo die Organe sich alle abnutzen und schwächer werden, der Blutdruck steigt, und doch entsteht Arteriosklerose.

Was die anderen ätiologischen Momente betrifft, so ist es sicher, daß die Arteriosklerose häufig auftritt infolge chronischer Intoxikationen und Infektionen, endogenen und exogenen, so bei chronischer Syphilis, wo doch zweifellos eine Infektion vorliegt, bei der chronischen Alkoholintoxikation, der Intoxikation durch chronischen Tabakmißbrauch, der chronischen Metallintoxikation (z. B. durch Blei, Quecksilber, auch wie es scheint, Schwefelkohlenstoff). S. ist geneigt, dem lange fortgesetzten Mißbrauch noch anderer Genußmittel, wie des starken Kaffees und Tees, den Extraktivstoffen des Fleisches, ferner den Räucherungsprodukten einen Einfluß zuzuschreiben, ebenso wie den endogenen Schäden, sog. Autointoxikationen, wie sie bei der Gicht vorliegen, beim Diabetes mellitus und bei chronischer Nephritis, bei welcher letzteren, wie durch H. Strauss nachgewiesen ist, sich stickstoffhaltige Stoffe, die nicht Eiweiß sind, im Körper anhäufen.

Auch ist S. der Meinung, daß die Arteriosklerose durch den reichlichen Genuß von stickstoffhaltiger Nahrung begünstigt wird. Man beobachtet die Krankheit gar nicht selten bei Sportsleuten, die sich trainieren, um mager zu werden, daher Kohlehydrate und Fett vermeiden und verhältnismäßig viel Fleisch, Wurst, Käse zu sich nehmen. Es mag wohl die jetzt überhandnehmende Sitte, sehr reichlich und schon früh am Morgen Fleisch, Schinken und Eier zu genießen, mit eine der Ursachen für das Überhandnehmen der Arteriosklerose sein.

Was die Behandlung betrifft, so ist zuerst die Beseitigung der Ursachen ins Auge zu fassen und diese soweit als möglich zu bekämpfen. Was zuerst die senile Arteriosklerose



betrifft, so können wir selbstverständlich dem fortschreitenden Alter keinen Stillstand gebieten, aber wir können doch versuchen, daß die Veränderungen der Organe und insbesondere auch der Arterien, wie des ganzen Gefäßsystems, welche sich im Alter allmählich einstellen, daß diese Veränderungen aufgehalten werden, sich nicht zu früh einstellen und nicht so schnell fortschreiten, mit einem Worte, wir können das Eintreten der Senectus praematura verhüten. Und zwar eben durch Fernhalten oder Beseitigung aller derjenigen Schädlichkeiten, welche schon in jüngeren Jahren die Entwicklung der Arteriosklerose begünstigen und durch Bekämpfung derjenigen Krankheiten, auf deren Boden Arteriosklerose zu entstehen pflegt. Es wird also den vorher genannten exogenen Intoxikationen, soweit es in der Macht des Arztes steht, entgegenzuwirken sein, sowie ganz besonders die vorher erwähnten Genußmittel (Alkoholika, Tabak usw.) zu verbieten oder wenigstens erheblich zu beschränken sein, wobei man allerdings auf die individuellen Verhältnisse, auf die Gewohnheiten Rücksicht nehmen muß. Eine plötzliche Entziehung und gewaltsame Änderung der ganzen Lebensweise hat meist schlechte Folgen, und es empfiehlt sich vielmehr eine allmähliche Abgewöhnung und Änderung.

Aber außer der Entziehung und Abgewöhnung der Genußmittel ist auch die eigentliche Ernährung von der größten Bedeutung. Stickstoffhaltige Nahrungsmittel, also Fleisch und besonders die sehr eiweiß- und gewürzhaltigen, wie Beefsteak, Schinken, Wurst, Käse und dergleichen werden am besten ganz von der Nahrung ausgeschlossen. Empfehlenswert ist die sogenannte laktovegetarische Diät, bei welcher Kohlehydrate und Fette den Hauptbestandteil bilden, Eiweiß nur in der unbedingt notwendigen Menge und die sogenannten Extraktivstoffe und Räucherungsprodukte gar nicht oder in verschwindend kleinen Mengen vorhanden sind. Der Typus dieser Nahrung ist bekanntlich die Milch, neben welcher alle Arten Kohlehydrate (Brot, Mehlspeisen, Suppen) und Fette, Obst, Gemüse, auch Eier in kleinen Mengen zur Anwendung kommen. Fleisch gar nicht oder nur in geringen Mengen namentlich von den eiweißärmeren, mehr wasserhaltigen Sorten (sog. weißes Fleisch), ebenso Fische. Eine Modifikation muß bei den fettreichen Personen eintreten, insofern als bei ihnen, um die Fettbildung zu beschränken, die Kohlehydrate, also Zucker, Mehlspeisen und andere Amylaceen von der Diät auszuschließen sind. Dafür sind ihnen besonders grüne Gemüse und Obst und auch etwas mehr mageres Fleisch zu empfehlen, dabei für reichlichen Stuhlgang sowie für Muskelübung durch Bewegung, aktive und passive Gymnastik, natürlich ohne jede Übertreibung und mit beständiger Kontrolle der Herztätigkeit zu sorgen.

Eine gewisse Schwierigkeit entsteht in der Ernährung bei der Arteriosklerose der Diabetiker, weil hier ja gewöhnlich die Eiweißnahrung im Vordergrund der Behandlung steht. In der Tat wird man hier im allgemeinen die Eiweißnahrung nicht in dem gleichen Maße beschränken dürfen, wie bei anderen Arteriosklerotikern und umgekehrt die Kohlehydrate mehr beschränken müssen, denn die Unterdrückung der Zuckerausscheidung steht hier obenan, abgesehen von seltenen Ausnahmen. Man wird also einigermaßen lavieren müssen und je nach dem Grade der Zuckerausscheidung bald mehr, bald weniger Eiweißnahrung erlauben und außerdem ganz besonders reichlich die grünen Gemüse, saures Obst, Salate und vor allem Fett empfehlen.

Die laktovegetarische Diät erfüllt nicht nur die Kausal-Indikation, sondern sie hat noch einen anderen Nutzen im Sinne der Indicatio morbi oder auch der Indicatio symptomatica. Es scheint nämlich nach neueren Untersuchungen, daß bei der laktovegetarischen oder mehr rein vegetarischen Diät die Viskosität des Blutes herabgesetzt wird. Dadurch wird die Fortbewegung des Blutes erleichtert und damit natürlich auch die Arbeit des Herzens und der Gefäße, namentlich der Arterien, welche ja eine wichtige, aktive Rolle bei der Zirkulation spielen. Es ist klar, daß auf diese Weise der Erkrankung der Gefäße und des Herzens, der Hypertrophie, entgegengewirkt wird.

Die gleiche Wirkung, nämlich Herabsetzung der Blutviskosität, scheint den Jodpräparaten zuzukommen und hierauf beruht wohl, wenn nicht allein, so doch zum großen Teil der günstige Einfluß, welchen man unzweifelhaft unter dem Gebrauch dieser Präparate bei der Arteriosklerose beobachtet. Möglich, daß sie noch außerdem eine günstige Wirkung auf die Arterienhäute, besonders auf die Intima, ausüben.

Die günstige Beeinflussung des Kreislaufs durch Jodpräparate kann wohl noch erhöht werden durch Mittel, welche die kleinsten Arterien und Kapillaren, also das arterielle Stromgebiet erweitern, wie es Amylnitrit und andere Nitrite tun. Eine Verbindung von Jod und Nitriten, von welcher S. seit langem Gebrauch macht, ist z. B. Kal. jodat oder Natr. jodat 6—8 *g*, Natr. nitros. 1—2, Aqu. ad. 200. 3 mal täglich 1 Eßlöffel. Eine ähnliche Wirkung, nämlich Erweiterung eines großen Teils des arteriellen Stromgebiets, Herabsetzung des Blutdrucks und dadurch Erleichterung des Kreislaufs läßt sich auch durch verschiedene hydriatische Prozeduren erzielen, schon durch einfache warme Bäder, die aber bei ausgebreiteter Gefäßerkrankung und namentlich bei nachweisbarer Beteiligung des Herzens große Vorsicht erfordern und deshalb besser durch Kohlensäure- oder auch durch Sauerstoffbäder ersetzt werden. Auch anderweitige hydrotherapeutische Maßnahmen (Abreibungen, Bäder und Duschen) in verschiedener Kombination) können günstiges bieten, aber sie dürfen nicht schablonenhaft zur Anwendung kommen, sondern mit strengster Individualisierung und sorgfältiger Kontrolle der Herzaktion. Dasselbe gilt von der Massage, von aktiver und passiver Gymnastik. Hier ganz besonders muß man vorsichtig probieren, tastend vorgehen, um nicht durch Überschreitung des im Einzelfalle gerade erträglichen Maßes zu schaden.

Auch das Antisklerosin leistet ganz gute Dienste; dasselbe enthält als hauptsächlichsten Bestandteil Chlornatrium, daneben Natr. sulfur., Natr. phosphor., Natr. carbon., Magnesia phosphor. und Calciumglycerophosphat., alles etwa in dem Verhältnis, wie sie im Blute gefunden werden. Man fängt mit zwei Tabletten täglich an und steigt allmählich bis auf täglich sechs. (Russ. med. Rundschau, Nr. 1, 1907.)

III. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 2. Mai 1907.

Arthur Schüller demonstriert zwei Fälle mit interessantem Röntgenbefund an der Lendenwirbelsäule. Im ersten Falle, der eine 45jährige Frau betrifft, waren seit Monaten Kreuzschmerzen und ausstrahlende Schmerzen im rechten, später im linken Bein aufgetreten. Das Röntgenogramm zeigt eine Destruktion des rechten Anteiles des vierten Lendenwirbels mit Einbruch des darüberliegenden Wirbelsäulenanteiles. Im zweiten Falle, ein 20jähriges Mädchen betreffend, waren seit $2^1/_2$ Jahren beim Gehen Schmerzen im Kreuz und Rücken aufgetreten. Das Röntgenogramm zeigt eine Skoliose der Lendenwirbelsäule, welche durch asymmetrische Assimilation des rechten Anteiles des fünften Lendenwirbels bedingt ist.

Arthur Strasser weist auf eine Arbeit von Julius Braun. („Über Spondylitis deformans“ 1875 erschienen.) Es wird dort eine Anzahl von Fällen mit Spinalirritation, Neuralgien usw. beschrieben und auch an der Hand von anatomischen Präparaten eine Veränderung der Massae laterales nachgewiesen, Osteophyten usw. Strasser glaubt nun, daß der Fall von Schüller vielleicht in die Reihe dieser Fälle gehört.

Hermann Schlesinger bemerkt, daß durchaus keine Einigkeit unter den Klinikern wie unter den pathologischen



Anatomen besteht, welcher Natur diese Wirbelveränderung ist. Es scheint sich um eine Krankheit verschiedener Ätiologie zu handeln, gewiß ist sie nicht ausschließlich rheumatischer Natur.

Strasser und Richard Blumenkranz: Zur physikalischen Therapie der Nephritis. Die Vortragenden halten die Auffassung von der Wirkung der Hautreize im Sinne einer „Ableitung" von der Niere für unrichtig, da die Hautreize in der Niere stets dieselben Kreislaufsveränderungen hervorrufen wie in der Haut selbst; speziell Kälte ruft in der Niere dieselbe Gefäßkontraktion hervor wie in der Haut und bei dauernder Kälte (auf die Haut appliziert) sind lange dauernde Krämpfe der Nierengefäße zu sehen, welche wahrscheinlich Kreislaufstörungen im Sinne von Ischämie oder Stase machen. In gleichmäßig warmer Umgebung findet in breiten Bahnen eine unbehinderte gute Durchströmung der Niere statt. Die Vortragenden prüften an einer Anzahl von Nephritikern verschiedener Art den Einfluß von Bädern von 34 bis 35° C und einer Dauer von 1 bis $1^1/_2$ Stunden, und zwar den Einfluß auf die Diurese, auf die Stickstoff-, Eiweiß- und Kochsalzausscheidung, und kamen zu dem Resultate, daß die genannten Bäder alle Ausscheidungen der Niere ganz wesentlich bessern. Die Verfasser beweisen an der Hand der erhaltenen Versuchsresultate, daß man die Erscheinungen mit der „Ablenkung" nicht erklären könne, sondern vielmehr annehmen muß, daß die Bäder eine echte Funktionssteigerung — Besserung — der Niere bewirken. Ein Schweißversuch zeigte sehr interessante Resultate. Es wurde wieder festgestellt, daß Schwitzbäder trotz des Wasserverlustes durch die Haut die Diurese noch heben können, und daß die Stickstoff- und Kochsalzausscheidung im Harne durch Schwitzbäder bedeutend gesteigert wird. Die Wirkung der verschiedenen Bäder auf die Albuminurie ist in kurzen Versuchen nicht ersichtlich; lange dauernde Behandlung mit indifferenten Bädern hatte eine sehr gute Wirkung, die Albuminurie verschwand in mehreren Fällen. Die Vortragenden zeigen noch an der Hand eines genau beobachteten Falles von akuter hämorrhagischer Nephritis die ausgezeichnete Wirkung von indifferenten Bädern auf Diurese, Stickstoff- und Kochsalzausscheidung. Zuletzt besprechen sie die Technik der verschiedenen Bäder (indifferente, 1 bis $1^1/_2$ Stunden) und heben die Notwendigkeit der systematischen Anwendung indifferenter Bäder hervor. Bei Schwitzbädern ist es wichtig, darauf zu achten, daß die Körpertemperatur nicht rasch und nicht für lange Zeit wesentlich in die Höhe getrieben werden soll.

Heinrich Schur bemerkt zu den Ausführungen Strassers über das Verdünnungsvermögen als auch die Konzentrationsfähigkeit der Nieren, daß er mit Zack Versuche in derselben Richtung angestellt habe, jedoch zu dem Resultate gekommen ist, daß wohl eine Funktionsprüfung des Wasserausscheidungsvermögens als Nierenfunktionsprüfung mit Erfolg verwendet werden kann, daß aber eine Prüfung der Konzentrierfähigkeit der Nieren durch Zufuhr von harnfähigen Substanzen nicht möglich ist. Daß beim Auftreten von Ödemen Flüssigkeit im Organismus retiniert werden muß, ist wohl selbstverständlich, und wenn sich in Aufnahme und Ausscheidung eine positive Bilanz nicht ergibt, so dürfte die retinierte Menge einfach innerhalb der Versuchsfehlerbreite liegen.

Karl v. Stejskal bemerkt, daß nach Versuchen an der II. med. Klinik bei Diuretinverabreichung ein von den Resultaten Strassers abweichendes Verhalten des Harnes bei Nephritikern beobachtet wurde. Es wurde nämlich unter der Einwirkung von Diuretin die Eiweißmenge relativ und absolut herabgesetzt, die Diurese bedeutend gesteigert, die Chloride, die anfangs retiniert wurden, wurden später in vermehrter Menge ausgeschieden.

Karl v. Noorden bemerkt, daß die Diuretinwirkung bei kranker Niere wechselnd ist, sowohl in den verschiedenen Fällen als auch in einem und demselben Falle zu verschiedenen Zeiten. Es hat sich überraschenderweise gezeigt, daß manchmal durch Diuretin die Ausscheidung von Kochsalz und Harnstoff nicht gesteigert wurde, während z. B. diejenige von Harnsäure und Phosphorsäure anstieg, was nach unserer Voraussetzung nicht zu erwarten war. Auch Wasser und Kochsalz gingen nicht immer parallel.

Ludwig Hofbauer empfiehlt die Technik der Kälteversuche, bei welchen nach Einwirkung von Kälte auf die Haut Kontraktion der Nierengefäße und Sekretion geringer Mengen von eiweiß- und bluthaltigem Urin beobachtet wurden, genauer zu schildern. Die Differenzen in der angewandten Technik dürften wohl dafür verantwortlich zu machen sein, wenn auf dem letzten Kongresse für innere Medizin mehrere Autoren, z. B. Winternitz (Halle), angaben, es sei ihnen niemals, selbst bei eingreifender Einwirkung von Kälte auf die Haut, gelungen, Veränderung des Urins hervorzurufen, und erst dann sei Albuminurie aufgetreten, wenn die bloßgelegte Niere in Eis eingepackt wurde. Auf Grund solcher Erfahrungen aber versucht man die Erkältungsnephritis zu leugnen und deshalb ist die genügende Schilderung der zu positiven Versuchsresultaten führenden Versuchstechnik wünschenswert.

Schur bestätigt die Angaben v. Noordens über den wechselnden Einfluß des Diuretins auf die Ausscheidung der harnfähigen Substanzen. Bezüglich der Eiweißausscheidung kann er in vielen Fällen das von v. Stejskal vorgebrachte bestätigen, fand aber auch viele Fälle, bei denen das Diuretin auf die Eiweißausscheidung keinerlei Einfluß zeigte.

Strasser bemerkt gegenüber den Einwänden Schurs, daß die Verdichtungs- und Verdünnungprobe seine Ergebnisse stützen konnten und tatsächlich das ergaben, was wir über die Wirkung der Bäder zu sagen berechtigt sind. Gegen den zweiten Einwand von Schur, daß bei Entstehung des Gesichtsödems nach Schwitzbädern eine Retention von Wasser stattfinden mußte, sich aber in den Grenzen eines Versuchsfehlers verbirgt, muß er Stellung nehmen. Die Bilanz war tadellos und eine Retention fand nicht statt, ist aber auch nicht notwendig, denn gerade die von uns betonte Gefäßschädigung gibt der Auffassung Raum, daß jemand aus seinen vorhandenen Säften ein Ödem von geringerer Ausdehnung auch ohne Retention produzieren kann. Die Anfrage Hofbauers beantwortet er dahin, daß die Frage, ob eine Kältealbuminurie, respektive Erkältungsnephritis existiert, im bejahenden Sinne zu beantworten sei. Daß Winternitz in Halle niemals Kältealbuminurie beobachten konnte, außer wenn er die Niere selbst in Eis packte, ist ihm um so auffallender, als er häufig sah, daß es genügte, die Niere in die Hand zu nehmen, damit die Sekretion entweder ganz aufhört oder aber daß ein spärlicher, oft Blut enthaltender Harn erscheint.

v. Noorden glaubt auf Grund von Versuchen an Tieren bestimmt annehmen zu können, daß es eine Erkältungsalbuminurie gebe. Auch daß es eine Erkältungsnephritis beim Menschen gebe, wird sich der praktische Arzt nicht so leicht wegdisputieren lassen. Ob die Erkältungsalbuminurie auf Zirkulationsstörungen beruht, oder ob auch toxische Wirkungen in Frage kommen, indem vielleicht analog, wie dies bei Hitzeeinwirkung auf die Haut nachgewiesen ist, durch intensive Kältewirkung in der Haut Stoffe gebildet werden, welche auf die Niere schädigend einwirken, ist eine andere Frage.

Wilhelm Winternitz hat schon im Jahre 1877 auf das Vorkommen von Albuminurie nach kalten Bädern aufmerksam gemacht. Nach Chodounský gehört zum Zustandekommen einer Erkältungsalbuminurie noch etwas anderes als die Abkühlung allein, vielleicht ein unbekannter Faktor autotoxischer Natur.

Schur glaubt, daß Strasser ihn mißverstanden habe, da er gegen die Verwertbarkeit der Nierenfunktionsprüfung nichts einzuwenden habe, sondern die Prüfung des Wasserausscheidungsvermögens für sehr wertvoll halte, jedoch meine, daß eine Prüfung der Konzentrierfähigkeit der Nieren leider nicht möglich ist, auch nicht auf dem vom Vortragenden begangenen Wege.

i. m.



Ophtalmologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 19. Juni 1907.

Vorsitzender: Salzmann.

1. Wintersteiner demonstriert die histologischen Präparate zweier Bulbi mit Tumoren des Augeninnern.

I. Fall: 22 Monate altes Kind. Der rechte Bulbus staphylomatös. Hornhaut trüb, dahinter rotbraune Massen. Klinische Diagnose: Fötale Entzündung. — Enukleation. — Schon nach zwei Monaten entwickelt sich aus der Orbita herauswachsend ein Tumor, der allmählich Kindskopfgröße erreichte. Dabei Metastasen im Ober-Unterschenkel, Humerus. Nach kurzer Zeit Exitus.

Bei der Obduktion erweist sich der Tumor als Sarkom. Im Gegensatz zu den meisten anderen Fällen ist die Dura vollständig frei. Iris und Ziliarkörper fehlen gänzlich. W. meint aus diesem Befunde schließen zu können, daß nebst dem Tumor möglicherweise fötale Entzündung bestand.

II. Fall. Epibulbär-Sarkom, das sich innerhalb mehrerer Jahre entwickelte, anfangs keine Sehstörung hervorrief. Schließlich große Schmerzen. Enukleation. Die Untersuchung des Bulbus zeigt einen großen epibulbären Tumor. Daneben Geschwulst. Infiltration an mehreren Stellen im Ziliarkörper und Infiltration längs der vorderen Emissarien. Es handelt sich um einen primären Tumor des Ziliarkörpers, der nur klein und flach geblieben ist, längs der Emissarien durchbrach und zum großen sekundären Epibulbärtumor führte.

In der Diskussion weist Salzmann auf einen Fall von Karzinom hin, der zweifellos von außen nach innen durchbrach. Das lange Ausbleiben von Glaukomerscheinungen im Falle W. spricht auch für den primären Epibulbärtumor.

Lauber sah bei einem Melanosarkom der Konjunktiva Verbreitung des Tumors längs der Emissarien von außen nach innen.

2. v. Reuss bespricht im Anschlusse an einen von Königstein in der Gesellschaft der Ärzte demonstrierten Fall von Cholestearinkristallen in der Vorderkammer eines Auges einen von ihm beobachteten ähnlichen Fall. Cholestearinkristalle waren in Massen hinter der Kornea sichtbar, daneben füllten auch Kristalle nach Art eines Hypopyon den Boden der Vorderkammer aus. Patient war nach einigen Jahren wieder sichtbar; die Cholestearinkristalle waren spontan völlig verschwunden.

3. Königstein berichtet über einen hochgradigen einseitigen Exophthalmus, der sich allmählich entwickelt hatte. Als Ursache wurde ein retrobulbärer Tumor angenommen und daher die Krönleinsche Operation ausgeführt. Es zeigte sich keine Spur eines Tumors. Die Wunde wurde, ohne daß etwas aus der Orbita entfernt wurde, geschlossen. Der Exophthalmus war trotzdem völlig beseitigt.

IV. Literatur.

Sonnenstrahlen als Heil- und Vorbeugungsmittel gegen Tuberkulose. Von W. Graff, herausgegeben im Auftrage des Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose in Heidelberg, mit Begleitwort von Professor Dr. med. Hammer. Verlag Carl Winter, Heidelberg.

Nach den großen Erfolgen, die Finsen, Kopenhagen, durch Behandlung der Hauttuberkulose (Lupus) mit elektrischen Lichtstrahlen erreicht hat, nach Einführung der Röntgenstrahlen in der Heilkunde, bedeutet der in der Schrift wiedergegebene Malgatsche Vortrag auf dem internationalen Tuberkulosekongreß in Paris einen weiteren Fortschritt auf dem Gebiete der Strahlenheilkunde: Durch Leitung direkter Sonnenstrahlen auf den entblößten Körper kommt die mikrobentötende Wirkung des weißen Lichtes in den inneren Organen zur Geltung. Auf Grund vierjähriger Versuche berichtet hierüber Dr. Malgat, Nizza, sehr günstiges.

Großes Interesse verdient auch der Aufsatz über Sanitäts-Häuserregister, die seit 1894 über 80.000 Häuser in Paris geführt werden. Aus den hiebei gemachten Erfahrungen geht unzweifelhaft hervor, daß bei Verbreitung der Tuberkulose die Wohnungen eine große Rolle spielen.

Der niedrige Preis von 50 Pfg. wird hoffentlich das Schriftchen im Interesse der Tuberkulosebekämpfung zu einer großen Verbreitung verhelfen.

Über einige neuere Gesichtspunkte für die Diagnose und Therapie der Nierenkrankheiten von Prof. Dr. D. Gerhardt in Jena. — Würzburg, A. Stübers Verlag. 1906. (Würzburger Abhandlungen, VII, 1.)

Eine kleine (15 Seiten) kurze, sehr inhaltreiche und gediegene Abhandlung über obgenanntes sehr wichtiges Thema. Verfasser bringt eine Fülle von für die Praxis sehr wichtigen Details. Zuerst bespricht er die seit einiger Zeit im Vordergrunde des Interesses stehende sogenannte orthostatische Albuminurie, dann die Folgen der Nephritis chronica an den Kreislauforganen, wobei er das Symptom, auf das Nothnagel stets ein solches Gewicht legte, die Blutdrucksteigerung als pathognomisch, das Absinken des Blutdruckes als Zeichen der Besserung charakterisiert. Hier vermissen wir die Hindeutung, daß dieses Symptom nur bedingt zutrifft, nämlich bei der sicheren Möglichkeit, Nierentuberkulose auszuschließen (Schmidt); sehr wichtig ist die Angabe, daß in solchen Fällen die Digitalispräparate blutdruckherabsetzend wirken, also durch den hohen Blutdruck nicht kontraindiziert sind. Sehr instruktiv und wichtig ist der folgende Absatz, der in gedrängter Kürze die Störungen der physiologischen Nierentätigkeit, Ausscheidung von Flüssigkeit, sowie Ausscheidungsfähigkeit von konzentriertem Urin, ihre Störungen, die Wechselbeziehungen zu einander, ihre Folgezustände, ihre Beziehungen zu Urämie und zu Ödemen, ihre Behandlung durch Diuretica, Regelung der Eiweißzufuhr, Reduktion der Chloride usw. bespricht. Ohne wesentlich Neues zu bringen, ist der Vortrag so klar und übersichtlich, die Begriffe so gut auseinander gehalten, daß die Lektüre des Aufsatzes außerordentlich instruktiv und geradezu genußreich ist. K.

V. Aus der Praxis.

Über Mergal, ein neues Antisyphilitikum.

Mergal besteht aus einer Mischung von Tanninalbuminat mit cholsaurem Quecksilberoxyd und wird in Form von Kapseln in den Handel gebracht. Jede Mergalkapsel enthält 0·05 cholsaures Quecksilberoxyd und 0·01 Albuminum tannicum.

Leistikow hat nun in einer Reihe von 20 Fällen von primärer, sekundärer und tertiärer Syphilis das Mergal angewandt (Monatshefte für prakt. Dermatologie, 44. Bd., 1907). Es wurden zunächst drei, später fünf bis 6 Kapseln pro die drei bis sechs Wochen lang verordnet. Die Kapseln sind gleich nach der Mahlzeit zu nehmen, auf reizlose Diät und peinliche Mundpflege ist wie bei jeder Hg-Kur auch hier zu achten.

Von den 20 Fällen waren sechs frisch infizierte, welche sofort beim Auftreten der Roseola und sekundärer Schleimhautsyphilis mit Mergal behandelt wurden. Der Erfolg war ein günstiger und einer Schmierkur durchaus ebenbürtig. In sieben der Fälle handelte es sich um Rezidive der Haut und Schleimhaut der späten Sekundärperiode. Auch diese wichen prompt einer mehrwöchentlichen Mergalverordnung.

Die restierenden sieben Fälle betrafen tertiäre Syphilide und Gummata der Haut.

In keinem Falle sah er Reizerscheinungen von seiten des Magens und Darms, welche bei den bisher bekannten, intern gegebenen Hg-Salzen leicht auftraten.

Leistikow empfiehlt das Mergal als ein gutes Ersatzmittel für Schmier- und Injektionskur, besonders dann, wenn Hg-Dermatitiden oder Stomatitis die Fortführung dieser Behandlungsmethoden nicht gestatten. Gibt man kleine Mergaldosen, wenn eine Stomatitis aufgetreten ist, so hat man nicht nötig, die Kur zu unterbrechen. Bei allen tertiär-syphi-

litischen Erscheinungen der Haut ist eine Mergalkur der Schmierkur durchaus ebenbürtig.

Ein Beitrag zur Wirkung des Pyrenols. Von Dr. Naegeli.

Neben den zahlreichen Veröffentlichungen über Pyrenol aus Kliniken werden Mitteilungen aus privater Praxis interessieren; so äußert sich Naegeli: Neue Arzneimittel sind in den letzten Jahrzehnten so häufig wie Brombeeren, wenn auch nicht so billig geworden. Die günstigen Wirkungen werden oft nur in einem Krankenhause, von einem Beobachter gefunden, fehlen aber anderswo. Vor kurzem hatte er nun Gelegenheit, einen 70jährigen Asthmatiker zu behandeln, der seit sechs Monaten an Bronchitis und quälendem Husten litt. Luftveränderung, Badekuren, Jodkali, Kodein, Morphium usw. waren erfolglos angewandt worden. Das Quälendste war, daß der Husten hauptsächlich nachts auftrat, wenn der Patient zu Bette ging. Einzig Dover sche Pulver wirkten erleichternd. Er verordnete dem Patienten nun Pyrenol, allerdings mit starkem Zweifel. Doch schon am zweiten Tage konnte sein Patient über eine ausgezeichnete Nacht berichten, die Hustenanfälle wichen ganz. Am vierten Tage schadete auch Biergenuß in etwas räucherigem Lokale nichts, und Patient kann wieder sein gewohntes Rentierleben mit Skat und Kegelschieben führen, wobei er von Zeit zu Zeit abends einen Eßlöffel einer 4%igen Pyrenolmixtur absorbiert. Geschmackskorrigentien sind: Syr. Rubi Idaei, Aq. Menth. pip. Tinct. aurant. Empfehlenswert sind auch hier die Originalgläser mit 20 Pyrenoltabletten à 0·5 *g*. (Therapeut. Monatshefte 1906, Nr. VI.)

VI. Notizen.

Die Angriffe gegen die Lungenheilstätten. In der letzten Zeit häufen sich die Angriffe gegen die Lungenheilstätten, die nicht das halten, was man sich von ihnen versprach. Prof. Dr. Fränkel sucht diese Angriffe durch beweisende Zahlen zu entkräften. In der Heilstätte Belzig sind in den Jahren 1900 – 1906 insgesamt 2255 Lungenkranke aufgenommen worden. Davon gehörten 765 dem ersten (leichten) Stadium, 788 dem mittleren und 702 dem dritten Stadium der Tuberkulose an. Von den 765 Kranken des ersten Stadiums sind 243 geheilt und 483 als gebessert entlassen; von den 788 des zweiten Stadiums wurden 51 geheilt, bei 596 war eine Besserung zu verzeichnen, während bei 105 die Krankheit unverändert blieb. Von den 702 Kranken des dritten Stadiums wurde nur einer geheilt, 311 wurden gebessert, bei 298 blieb die Krankheit unverändert. Von den 2255 Kranken sind also 295 geheilte und 1390 Gebesserte zu verzeichnen. Zum Schluß meint Prof. Fränkel: Wenn ihm jemand ein Mittel nachweise, wie man außerhalb der Heilstätten solche Erfolge erzielen kann, so wolle er bekennen, daß wir uns mit unserem guten Werke geirrt haben.

* Robert Koch, der im Mai in Berlin einzutreffen beabsichtigte, dürfte erst im Herbste dieses Jahres zurückkehren, da seine Arbeiten über die Schlafkrankheit noch nicht zu dem erwarteten Abschlusse gekommen sind. Ebenso hat Neisser, Direktor der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten in Breslau, zur Fortsetzung seiner wissenschaftlichen Untersuchungen in Batavia um Urlaubverlängerung bis zum 1. Dezember 1907 angesucht. In den Vorlesungen und in der Leitung der Klinik vertritt ihn Privatdozent Dr. Zieler.

Die Medizinstudierenden auf den deutschen Universitäten. Man schreibt uns: Im Wintersemesten 1905/06 betrug die Zahl der Studierenden der Medizin auf den Universitäten Deutschlands 6080 gegen 6032 im letzten Sommer und 6153 im Vorjahre. 1885 betrug ihre Zahl 7725, 1890 8986 (Höchstzahl und 1896 7851. Der schon vor einigen Semestern eingesetzte Rückgang scheint demnach jetzt nicht weiter anzuhalten. Reichsangehörige Mediziner sind es zurzeit (nach Abzug von 895 Ausländern) 5185, im Sommer waren es bei 751 Ausländern 5402, 1881/82 4389, 1872/73 3365, 1861/62 2000. Auf 100.000 Einwohner treffen in Deutschland jetzt etwa 8·5 reichsangehörige Medizinstudierende, gegen etwa 14 im Sommer 1890, 9·7 1881/82, 8·5 1872/73 und 5·6 1861/62. Hinsichtlich der Verteilung der Medizinstudierenden auf die einzelnen Universitäten ist seit 1882/83 (Gesamtzahl damals 5600, jetzt 6080) eine bemerkenswerte Verschiebung eingetreten. Heute hat Berlin 1202 (1882/83 774), München 1019 (669), Leipzig 451 (623), Würzburg 405 (542), Freiburg 365 (226), Heidelberg 239 (158), Straßburg 216 (211), Jena 194 (104), Breslau 189 (348), Kiel 187 (122), Erlangen 185 (134), Bonn 184 (182), Marburg 175 (171), Tübingen 174 (181), Halle 170 (219), Königsberg 167 (214), Göttingen 158 (167), Gießen 144 (83), Greifswald 139 (345), Rostock 117 (66). Um mehr als 50% zugenommen haben demnach: Berlin, München, Freiburg, Heidelberg, Jena, Kiel, Gießen, Rostock, um mehr als 25% Erlangen. Abgenommen haben: Greifswald um mehr als 100%, Breslau um nahezu 50, Leipzig, Würzburg um mehr als 25 und Königsberg und Halle um mehr als 20%. Ihren Besitzstand haben erhalten: Straßburg, Bonn, Marburg, Tübingen, Göttingen. An der Universität Münster besteht keine medizinische Fakultät.

Alkohol in der Krankenkassenpraxis. Die Abteilung für freie Arztwahl in Stuttgart hat von Professor Romberg in Tübingen ein Gutachten über die Verordnung von Wein, Champagner und Kognak an Kassenpatienten erstatten lassen. Romberg empfiehlt, diese Alkoholika stets nur als Medikament, nie aber als Genuß- oder Stärkungsmittel zu verordnen. Es könne den Kassen nicht zugemutet werden, subjektiv angenehme Mittel zu liefern, sonst dürfe man zum Beispiel auch Tabak von ihnen fordern. In der Tübinger medizinischen Klinik sei man an 35.000 Verpflegstagen mit 700 Liter Wein und ohne Champagner, an 17.000 Verpflegstagen mit einem halben Liter Kognak ausgekommen. Bei gewissen Krankheiten, wie Herzstörungen, einer Anzahl von Infektionskrankheiten sei Alkohol als Medikament nicht zu entbehren, besonders wenn die Kranken an Alkoholgenuß gewöhnt sind. Bei letzteren solle man nicht über ¼ bis ½ Liter Wein per Tag geben.

Tag- und Nachtschlaf. In bezug auf die Unterschiede zwischen dem Tag- und Nachtschlaf hat V. Vaschide zahlreiche Versuche an 41 Leuten, wovon 20 bei Nacht arbeiten mußten, angestellt, und er kam zu folgenden Ergebnissen: 1. Der Tagesschlaf ist weniger ausruhend, welches auch seine Dauer und die Beschäftigung des Individuums sei, als der Nachtschlaf, er ist relativ oberflächlicher und jedenfalls weniger kontinuierlich. 2. Alle Funktionen des Organismus (Herz- und Atembewegungen), welche während des Nachtschlafes automatisch vermindert oder verlangsamt sind, haben während des Tagesschlafes ausgesprochene Störungen, sowohl im Rhytmus wie Konstanz. Der Tagesschlaf erreicht nur selten — in Fällen hochgradiger geistiger oder physischer Ermüdung — die Tiefe des Nachtschlafes. 3. Die Gewohnheit erhöht in relativem Maße die Dauer des Tagesschlafes, aber diese Zunahme braucht Wochen und Monate. 4. Es scheint ein merkwürdiger Zusammenhang zwischen Dunkel der Nacht und Tiefe des nächtlichen Schlafes zu bestehen. In Fällen von großer Ermüdung ist der Tages- viel mehr als der Nachtschlaf kein wirklicher Schlaf, sondern er ist mehr eine physische Lähmung, welche die Psyche freiläßt, aber in leichtem Maße halluziniert. 5. Der Tagesschlaf hat logischere Träume, mehr mit der Wirklichkeit zusammenhängend, das Einschlafen ist ein rascheres und ebenso das Erwachen als beim Nachtschlaf. 6. Qualitativ ist der Tagesschlaf grundverschieden vom Nachtschlaf und alle Leute beklagten sich auf die Dauer über ein Gefühl der Ermüdung, das sie nicht verläßt.

Der chloroformierte Bär. Zur Erinnerung an die Einführung der Chloroformnarkose in Deutschland wurde jüngst aus Staatsmitteln eine drollige Bronzegruppe, die von dem Bildhauer Wilhelm Wolff (genannt „Tierwolff“) stammt, angekauft und in der „Staatlichen Sammlung ärztlicher Lehrmittel“ im Kaiser Friedrich-Hause in Berlin aufgestellt. Der künstlerischen Schöpfung dieses Monuments lag der folgende mediko-historische Tatbestand zugrunde: Der Berliner Kliniker Professor Schönlein wollte als erster in Berlin die Wirkung des Chloroforms an Tieren prüfen. Friedrich Wilhelm IV. gab die Erlaubnis, einen erblindeten Bären in dem von ihm gestifteten Berliner Zoologischen Garten zu chloroformieren, damit ihm in der Narkose der Star gestochen werden könnte. Die Operation „gelang vortrefflich“, aber der Bär erwachte aus seinem tiefen Schlafe nicht mehr. Ganz Berlin amüsierte sich über das Mißgeschick der Kliniker und des Meister Petz. Der Bildhauer Wolff modellierte nun diese Gruppe, indem er zugleich den Tieren die Physiognomien der bekannten Berliner Professoren gab; der Bär zum Beispiel war Professor Schönlein selbst. König Friedrich Wilhelm verlangte den Guß dieser Gruppe und wünschte eine Erläuterung dazu in gebundener Rede. Der Bildhauer Wolff setzte als Preis für die beste dichterische Erklärung einen weiteren Bronzeabguß aus. Der gelungenste Vers, den auch der König erhielt, lautete:

„Der Bär ist nun ein toter Mann,
Das Chloroform hat schuld daran,
Ein ärztliches Kollegium
Ging mit dem Vieh zu menschlich um.
Das Füchslein greint, das Bärlein flennt,
Der Wolff setzt ihm das Monument.“

Der Verfasser dieser Verse war ein junger Student mit Namen Paul Heyse.

Über Extractum Chinae Nanning. Von Dr. med. J. Leist, Berlin.

Die Chinarinde hat bis heute sich nicht derselben allgemeinen Anwendung erfreut wie die Alkaloide. Apotheker H. Nanning in Haag (Holland) ist es nun gelungen, nach seinem eigenen Verfahren, ohne Alkohol, einen Extrakt aus den besten Sorten der Rinde herzustellen, bei dem die im Wasser und Magensaft unlöslichen Substanzen in der Rinde zurückbleiben, der Rinde nur die löslichen und aktiven Be-



standteile in unveränderter Form, wie sie in der frischen und richtig getrockneten Rinde enthalten sind, entnommen werden, alle nichtwirksamen, nutzlosen und den Magen schädigenden Substanzen ausgeschieden sind, alle wirksamen Bestandteile der roten Chinarinde in vollkommen gelöstem Zustand sich befinden, ein fast konstanter Alkaloidgehalt von 5% vorhanden ist, und noch der ganz besondere Vorzug besteht, daß die in der Rinde sich vorfindende Chinagerbsäure sich nicht in Chinarot umsetzt, sondern, wie viele zuverlässige Analysen ergeben haben, in gelöster Form vorhanden ist.

Robert Thomalla war der erste, der in den Therap. Monatsheften, November 1899 seine günstigen Erfolge mit Extractum Chinae Nanning veröffentlicht hat.

Sehr eingehend bespricht Hirschkron (Allg. Wiener Med. Ztg. 1900, 1) seine Erfahrungen mit Ext. Chin. Nanning; das Mittel war ihm bei Dyspepsien nach übermäßigem Alkoholgenuß, akuten und chronischen Magenkatarrhen von „großem Wert“.

Das Zentralblatt für Stoffwechsel und Verdauungskrankheiten 1905, Nr. 11, enthält eine Veröffentlichung von Toff über das Mittel, der noch hervorhebt, daß dem Chinin eine ausgezeichnete antiseptische Eigenschaft innewohnt, die „deletär“ auf alle niederen Organismen einzuwirken vermag.

Bolen gibt in den Therapeutischen Monatsheften, Jänner 1901, den Rat, bei einer antiluetischen Kur sofort gleichzeitig Extr. Chin. Nanning nehmen zu lassen, wobei die bei Quecksilber- und Jodkalikuren regelmäßig auftretende Appetitlosigkeit mit bestem Erfolge bekämpft wird.

Denselben Rat gibt Schuppenhauer (Allgem. Med. Zentr.-Ztg. LXXII, 1903), der mit dem Nanningschen Mittel bei Magenstörungen nach längerer Verabfolgung von Salizyl, Jodkali, Quecksilber, Kreosot, sowie bei solchen, die bei Gicht, Fettsucht, Arterienverkalkung, Herzfehlern usw. auftreten, die besten Erfolge erzielt hat.

Bei Appetenz der Rekonvaleszenten, bei leichter chronischer Tuberkulose, bei Erbrechen der Schwangeren hat Silberstein (Ärztl. Zentral-Ztg. 1901) das Extr. Chin. Nanning mit gutem Erfolge angewendet. Er warnt aber davor, es zugleich mit Eisen zu geben, da sich dann das schwer lösliche und schwer resorbierbare Eisentannat bildet.

J. Arnold Goldmann, Wien (Ärztl. Zentral-Zeitung Nr. 20, 1904), sah ebenfalls sehr zufriedenstellende Erfolge bei zahlreichen Fällen.

Poszvék in Szopron teilt in der Heilmittel-Revue Nr. 3, 1904, seine guten Erfolge neben den bislang aufgeführten Krankheiten noch in einem Fall von lästigem Hautjucken zweier Leberkranken mit, bei denen „wie mit einem Schlage“ das Jucken geschwunden ist, das monatelang den verschiedensten Mitteln getrotzt hat.

M. Weinberger, Wien, betont in Nr. 4 der Heilkunde 1906 bei dem Extr. Chin. Nanning die rasche Wirkung.

Aus seiner eigenen Praxis und nach öfterer Anwendung bei sich selbst kann ich ebenfalls nur das Günstigste berichten. Ich konnte mich stets bei den verschiedensten Arten von Dyspepsien, bei Magenkrampf, Chlorose usw. von der schnellen und sicheren Wirkung überzeugen; auch in der Kinderpraxis hat es ihm sehr gute Dienste geleistet, und alle meine Patienten haben das Mittel gern genommen. (Deutsche Ärzte-Zeitung H. 22, 15. November 1906.)

Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1906 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—;** nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—.**

Medizinischer Zeitungsverlag

Telephon 22152. **Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.**

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 28. Wien, 13. Juli 1907. Nr. 28.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Behandlung der Appendizitis.

Von **Dr. Max Cohn**, Berlin.

In Ärzte- und Laienkreisen spricht man in letzter Zeit von der Blinddarmentzündung als einer Modekrankheit. Wodurch ist diese Erscheinung zu erklären?

Die Zahl der Blinddarmoperationen hat sich in den letzten Jahren ungemein gehäuft. Während vor fünf Jahren Sonnenburg in Deutschland der einzige Chirurg war, der mehr als 1000 Blinddarmentzündungen operativ behandelt hatte, gibt es zurzeit eine große Anzahl von Operateuren, deren Operationsmaterial in die Tausende angewachsen ist. Zudem wird gerade von denjenigen Chirurgen, welche über ein großes Krankenmaterial verfügen, behauptet, daß in den letzten Jahren die Art der Erkrankung eine schwerere geworden wäre.

Aus diesen Gründen ist es begreiflich, daß die Appendizitisfrage nicht nur für die Chirurgen, sondern auch für die praktischen Ärzte und das große Publikum eine besonders brennende geworden ist. Jede Grundlage therapeutischen Handelns muß eine sichere Diagnose sein, und wir haben uns auf Grund pathologisch-anatomischen Wissens gewöhnt, bei allen Erkrankungen nach dem zu forschen, was im Körper in anatomischer Hinsicht verändert ist.

Sonnenburg war es ja gerade, der sich dadurch ein besonderes Verdienst erworben hat, daß er die pathologischen Grundlagen der Appendizitis genau fundiert hat und sie zum Ausgange unseres therapeutischen Handelns gemacht wissen wollte. In den letzten Jahren sind nun zahlreiche Chirurgen aufgetreten und haben behauptet, daß es ganz unmöglich wäre, durch Beobachtung und Untersuchung eines akut Erkrankten festzustellen, welche Veränderungen in seinem Wurmfortsatz vorlägen. Diese Chirurgen haben nun an Stelle einer sorgfältigen Diagnose das Schema gesetzt. Kommt ein Appendizitiskranker in den ersten zweimal 24 Stunden in Behandlung, so wird er operiert; läßt er den Arzt erst später rufen, so wird er exspektativ behandelt und verfällt erst als „Intervallpatient" dem Messer.

Es ist natürlich, daß den denkenden Arzt ein derartiges Verfahren nicht besonders begeistern kann und oft wird es auch vorkommen, daß der Patient sich solchen radikalen Wünschen des Chirurgen nicht fügen wird. Auch ist es ein Unterschied, ob der „schneidige" Chirurg, der die Chancen der Operation auf ihren Erfolg hin abwägt, einen frisch Erkrankten zur Begutachtung bekommt, oder ob der Hausarzt, der seinen Klienten genau kennt, abwägen soll, ob überhaupt der Chirurg um seinen Rat gefragt werden soll.

Wir unterscheiden selbstverständlich, ob es sich um die Behandlung eines akuten oder chronischen Kranken handelt. Wird der Arzt zu einem an Appendizitis frisch Erkrankten gerufen, so wird er sich einmal daran zu halten haben, wie lange der Patient schon krank ist, sodann über welche subjektiven Erscheinungen er zu klagen hat und was Objektives an ihm nachzuweisen ist.

Wir wissen, daß Entzündungen in den Abdominalorganen sehr schnell entzündliche Erscheinungen am Bauchfell auslösen und daher ist es begreiflich, daß im akuten Anfalle den ersten 24 Stunden eine besondere Bedeutung zukommt. Ist ein Patient plötzlich mit Erbrechen, kolikartigen Schmerzen in der rechten Bauchseite erkrankt, so werden wir zuerst daran denken, daß es sich um eine akute Blinddarmentzündung handelt. Neben den heftigen Schmerzen und den mehr oder minder im Vordergrund stehenden Erscheinungen der Nausea haben wir zu achten auf den Puls und die Temperatur. Eine mäßige und gleichmäßige Erhöhung von Puls und Temperatur gehören zu den gewöhnlichen Krankheitssymptomen. Bedeutende Pulsfrequenz bei geringer Temperatur und das Umgekehrte, weisen auf ein schweres Krankheitsbild hin. Ein wichtiges Zeichen für die Schwere der Erkrankung ist die Druckempfindlichkeit. Ist dieselbe lokal auf den engeren Bezirk des Zökums beschränkt, so zeigt uns das an, daß es sich um eine Erkrankung handelt, die in der Appendix selbst sitzt.

Ist die Druckempfindlichkeit nicht lokalisiert, sondern bereits auf der linken Seite zu konstatieren, sind die Rekti bretthart gespannt, so deutet das auf eine Beteiligung des Bauchfelles und ein rasches Fortschreiten des Prozesses. Es ist klar, daß zu diesen klassischen Symptomen Puls, Temperatur und Druckempfindlichkeit am Krankheitsherde, für die Beurteilung der Schwere des Krankheitsfalles das Allgemeinbefinden eine große Rolle spielt. Ist der Patient blaß, wirft er sich in Schmerzen unruhig im Bett umher, so wird der erfahrene Arzt bald wissen, daß es sich um



einen Krankheitsprozeß handelt, der mit schweren allgemeinen Vergiftungserscheinungen einhergeht, und er wird auch, wenn das eine der bekannten Symptomentrias der akuten Blinddarmentzündung nicht deutlich ausgeprägt ist, von der Schwere der Erkrankung überzeugt sein und den Chirurgen um seinen Rat fragen.

In den letzten Jahren hat man in der Leukozytenzählung ein neues Hilfsmittel gefunden, um über die Schwere einer akuten Appendizitis Aufschluß zu bekommen. Die Technik der Zählung ist sicher sehr einfach. Immerhin glaube ich, daß die Anwendung zur Stellung der Prognose den Krankenhausmauern noch nicht entwachsen ist. Die einmalige Zählung leistet nämlich sehr wenig. Man muß aus der Leukozytenkurve, die sich oft über mehrere Tage erstreckt, die Prognose herauslesen. Wenn man sich aber entscheiden soll, ob sofort operiert werden muß, kann man keine Kurve anlegen. Mit zwei Worten: Die Leukozytenkurve ist besser verwertbar bei der Epikrise, als zur Prognose. Auf die feineren Deutungen, auf die Sonnenburg in wiederholten Vorträgen aufmerksam gemacht hat, will ich nicht näher eingehen. Oft leistet die Leukozytenzählung nicht mehr wie das Pythische Orakel. Immerhin läßt sich nicht bestreiten, daß vielleicht späterhin etwas mehr Licht in die Wertung des Verfahrens kommen wird, wenn erst genügendes empirisches und kritisches Material vorliegt.

Ich hatte schon vorhin gesagt, daß der Zeitpunkt, zu dem der Arzt gerufen wird, von hohem Werte für die Entscheidung der sofortigen Operation sein wird. Es ist Erfahrungstatsache, daß in den ersten zweimal 24 Stunden die Operation der akuten Blinddarmentzündung gute Resultate liefert und daß, nachdem diese Zeit verstrichen ist, bei schwer Erkrankten die Operation sehr häufig gar keinen oder nur vorübergehenden Nutzen bringt. Dies liegt daran, daß der Chirurg vom dritten Tage an bei einer schweren akuten Appendizitis wohl noch den Lokalherd bekämpft, aber gegen die Allgemeinerscheinungen ziemlich machtlos ist.

Diese Allgemeinerscheinungen können hervorgerufen sein durch einen fortschreitenden eitrigen Prozeß des Bauchfelles mit multiplen Abszessen, die schlecht abgekapselt sind, oder durch allgemein septische Erscheinungen.

Wird der Arzt also zu einem Zeitpunkte gerufen, wo Puls und Temperatur hoch sind, der Patient einen schwerkranken Eindruck macht und bereits drei, vier, fünf Tage seit dem Ausbruch der Erkrankung verflossen sind, so wird er nicht mehr an einen sofortigen operativen Eingriff denken können. Anders ist es, wenn er zu einem Kranken kommt, dessen akuter Anfall schnell, nach ein bis zwei Tagen abgeklungen ist und der am Ende der ersten Woche von neuem erkrankt. Hier handelt es sich zumeist um einen gut abgekapselten Abszeß, der hervorgerufen ist durch die Perforation des Wurmfortsatzes, nachdem sich in seiner Umgebung feste Verwachsungen gebildet hatten.

Ist der Abszeß groß, steht er unter einem starken Druck, so daß eine Perforation in die Bauchhöhle droht, und ist das Allgemeinbefinden durch denselben erheblich gestört, so darf mit der operativen Eröffnung dieses Eiterherdes nicht gewartet werden; ein solcher Abszeß braucht nicht gerade an der rechten Seite des Abdomens am deutlichsten zu fühlen sein, oder gar Fluktuation aufweisen. Häufig ist eine Untersuchung vom Mastdarm oder der Scheide nötig, um zu finden, wo der Eiterherd am besten zugänglich zu machen ist.

Besonderer Entschließungen wird es bedürfen, wenn es sich bei den Erkrankten um Kinder oder gravide Frauen handelt. Es ist seit langem bekannt, daß die Blinddarmentzündung bei Kindern und Schwangeren besonders bösartig verläuft; sei es nun, daß das Bauchfell der Kinder besonders empfindlich ist, sei es, daß bei beiden Kategorien

Feuilleton.

Geschichte und augenblicklicher Stand der Erforschung der Tuberkulose.

In Nr. 12 und 13 der „Deutschen medizinischen Wochenschrift" hat Professor F. Loeffler zum 25jährigen Gedenktage der Entdeckung des Tuberkelbazillus zwei Aufsätze veröffentlicht, die in ihrer kurzen knappen Form nicht allein den Verdiensten Robert Kochs um die Bekämpfung der Tuberkulose in würdiger Weise gerecht werden, sondern auch eine übersichtliche Darstellung des bisherigen Kampfes gegen die Tuberkulose geben.

Als Koch im Herbst 1880 als Regierungsrat in das Reichsgesundheitsamt berufen wurde, in Anerkennung seiner Arbeiten über die Ätiologie der Wundinfektionskrankheiten, des Milzbrandes und seiner Verfahren zum Nachweise und künstlichen Züchtung von Mikroorganismen, brachten ihn seine Veröffentlichungen in den „Mitteilungen aus dem Kaiserlichen Reichsgesundheitsamt" bald mit der Virchowschen Schule in Gegensatz. So kam es, daß er nicht in einer der damaligen großen medizinischen Gesellschaften, sondern in der physiologischen Gesellschaft am 24. März 1882 seine weltbewegende Entdeckung des Krankheitserregers der Tuberkulose der staunenden medizinischen Welt verkündete. Diesen historisch für alle Zeiten wichtigen Augenblick schildert uns Loeffler in trefflicher Weise:

Koch war damals noch nicht der siegesbewußte Redner, der sein Auditorium in glänzender Rede zu faszinieren und mit sich fortzureißen verstand. Langsam und stockend kamen die Worte aus seinem Munde, aber was er sprach, war klar, einfach, streng logisch aufgebaut, reines, unverfälschtes Gold. Mit steigender Spannung folgte das Auditorium seinem auf jeder Etappe durch untrügliche Beweismittel, ausgezeichnete Präparate, gestützten Darlegungen, dem gelungenen konstanten Nachweise der Stäbchen in allen tuberkulösen Materialien mit Hilfe einer neuen Färbungsmethode, der gelungenen Züchtung dieser Stäbchen mit Hilfe einer neuen Kulturmethode, der experimentellen Wiedererzeugung der Krankheit mit Hilfe der Reinkulturen an einem grandiosen Tiermaterial. Als Koch seinen Vortrag beendet, bot die physiologische Gesellschaft ein eigenartiges Bild. Während sonst die großen Kritiker sofort das Wort zu ergreifen pflegten, um die schwachen Punkte in der Beweisführung darzutun und unter die Lupe zu nehmen, blieb jetzt alles still. Warum? Weil Tatsachen gegenüber eine Kritik eben einfach unmöglich war. Wenn auch manch einer den Kopf schüttelte zu dem, was er gehört, etwas dagegen zu sagen wußte er nicht. Alles war so klar, so einfach, so beweisend, daß ein Kampf mit Worten gegen die vorgebrachten Tatsachen von vornherein als ein aussichtsloses Unternehmen erscheinen mußte. Und so geschah es denn, ein in den Annalen der Physiologischen Gesellschaft wohl noch niemals verzeichneter Fall, daß sich eine Diskussion an den Vortrag Kochs nicht anschloß, daß sich vielmehr alle in die Besichtigung des überreichen Beweismaterials vertieften.

Das Virchowsche, auf morphologischer Grundlage errichteter Lehrgebäude von den Tuberkeln stürzte an diesem Tage zusammen. Ihm nutzte es nichts mehr, daß der große Altmeister der Pathologie, Rudolf Virchow, noch jahrelang von den „sogenannten" Tuberkelbazillen sprach. In der anschaulichsten Weise beschreibt uns dann Loeffler den mühsamen Weg und die geradezu musterhafte folgerichtige Methode, die bekanntlich Koch bei allen seinen späteren erfolgreichen Forschungen in bisher unerreichter Weise angewandt hat, mit der Koch zu der unumstößlichen wissenschaftlichen Feststellung der Tuberkelbazillen als der leicht erkennbaren Erreger der Tuberkulose gelangte. Diesem Forschungsbilde entnehmen wir folgenden charakteristischen Zug:

Zu jener Zeit war die photographische Technik noch nicht so weit entwickelt, daß man in beliebigen Farben ge-

von Patienten die Abkapselung gegen die freie Bauchhöhle schlechter von statten geht. Deshalb wird es zu empfehlen sein, Kinder und Schwangere, wenn der Arzt frühzeitig gerufen wird, auch frühzeitig operieren zu lassen.

Wenn man vor der Frage steht, einen Patienten einer, wenn auch häufig geübten, so doch immer lebensgefährlichen Operation zuzuführen, so ist es natürlich sehr wichtig, daß die Diagnose auch genau feststeht.

Gestatten Sie mir daher einige Worte zur Differenzialdiagnose der Appendizitis.

Bei Frauen sind es vor allem die entzündlichen Erkrankungen der Adnexe, die zu Verwechslungen Anlaß geben können. Eine genaue Anamnese wird besser als die Krankenuntersuchung zu einem Ausschluß dieser Affektion führen können. Dabei ist das Krankheitsbild ein schweres, das Fieber gewöhnlich hoch, der Puls kräftig, das Gesicht niemals, wie bei schweren Appendizitiskranken, blaß, verfallen. Eine Untersuchung von der Vagina aus führt kaum zu einem positiven Resultat, weil die leiseste Berührung der Bauchdecken ungemein schmerzhaft ist.

Hat man einen solchen Patienten vor sich und stellt vor allem fest, daß die rechte wie die linke Seite gleich schmerzhaft sind, so wird man sich kaum irren können. Natürlich kann es auch vorkommen, daß Entzündungen von Tuben und Ovarien auf den Wurmfortsatz fortgeleitet werden und dort dieselben Erscheinungen wie eine akute Appendizitis hervorrufen.

(Schluß folgt.)

Der Einfluß der neueren Unfallgesetzgebung auf Heilbarkeit und Unheilbarkeit der Kranken.

Dieses interessante Thema behandelten mehrere Autoren am Stuttgarter Naturforschertag. Im folgenden bringen wir einen Auszug dieser Vorträge:

An erster Stelle behandelte Dr. Nonne, Hamburg, die Frage unter besonderer Berücksichtigung der organischen Erkrankungen des Rückenmarkes.

Er zeigte zunächst durch Demonstration eine Reihe von Fällen hypochondrischer Neurasthenie als Folgeerscheinungen von Unfallverletzungen. Durch stufenweise langsame Herabsetzung der Rentenbezüge konnte die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt werden. Weiter zeigte der Redner eine Reihe Photographien von Handverletzungen, welche vor oder unabhängig vom Unfallversicherungsgesetz vorgekommen sind; teilweise handelt es sich um Verlust einzelner Fingergliedmaßen. Es zeige sich hier, was unter dem bitteren Muß ein Arbeiter trotz solcher Verletzungen leisten könne. Es handelt sich in allen Fällen um Arbeiter, die bei vollem Lohne arbeiten. Der Vortragende betonte jedoch, daß er es für durchaus richtig halte, daß der Arbeiter, solange er Beschwerden hat, auch die ihm gesetzmäßig zustehende Rente bezieht. Im Gegenteil, er bedauere sogar, wenn der Rentenbezug vielfach, besonders unter dem Vorwurf der Simulation, unberechtigt erschwert werde. Andererseits habe der Arzt aber Gelegenheit, zu sehen, was das Muß tun und wie der Wegfall des Muß ungünstig auf das Krankheitsbild einwirken könne. Eine besondere Gefahr der Unfallversicherung bestehe darin, daß eine größere Anzahl von Arbeitern anfange zu trinken, nachdem sie die Vollrente zugesprochen erhalten haben. Besonders werden sie vielfach durch den Kampf um die Rente zum Alkoholismus getrieben. Die Ursachen dieser Kalamität liegen einmal im Gesetze als solchem, dann in der Handhabung der Gutachten, in der beklagenswerten Meinungsverschiedenheit der Ärzte, weiter darin, daß alle Gutachten dem Verletzten ausgehändigt werden, in der Kostenlosigkeit des Berufungsverfahrens, in dem Einfluß unverantwortlicher Ratgeber usw. Eine Besserung erhofft der Vortragende in erster Reihe von der Möglichkeit einer einmaligen Kapitalsabfindung, sowie davon, daß dem Verletzten, falls die Berufung abgewiesen

---

färbte Präparate gleich gut zu photographieren vermochte. Das Verfahren, mit welchem Koch die besten Negative erzielte, bestand darin, daß er braun gefärbte Präparate mit monochromatischem, blauem, durch das Einschalten einer mit Kupferoxydammoniak gefüllten Kuvette gewonnenen Lichte belichtete und dann photographierte. Die braun gefärbten Teile im Präparat lassen das blaue Licht nicht durch, sehen daher schwarz aus und erscheinen auf den Negativen hell und durchsichtig. Um nun die blauen Stäbchen in den Ausstrichen der tuberkulösen Materialien photographieren zu können, färbte Koch die blauen Präparate mit Bismarckbraun um, da nach seinen Erfahrungen das Bismarckbraun das Blau in allen Bestandteilen vollkommen verdrängte. Als nun Koch die umgefärbten Präparate durchmusterte, sah er zu seiner größten Überraschung, daß in den in toto braun gefärbten Materialien die kleinen Stäbchen ihre blaue Farbe behalten hatten. Auf dem braunen Untergrunde waren sie jetzt in viel größerer Zahl und mit der größten Leichtigkeit erkennbar. Ausgedehnte weitere Untersuchungen überzeugten Koch, daß er eine neue, überaus wertvolle Methode gefunden hatte, um die Stäbchen in tuberkulösen Materialien von allen anderen Gebilden zu unterscheiden, daß es möglich war, mit Hilfe derselben selbst vereinzelte solcher Stäbchen unter Tausenden von anderen ähnlich gestalteten Stäbchen herauszufinden. Unvergeßlich ist mir der Eindruck geblieben, als Koch uns zum erstenmale ein solches braun gefärbtes Präparat mit den feinen blauen Stäbchen darin demonstrierte.

Erst von der Entdeckung Kochs ab lag die Möglichkeit vor, die Tuberkulose auf wissenschaftlichem Wege zu bekämpfen und ihrer weiteren Verbreitung zum Schaden der Menschheit einen Damm zu ziehen. Koch selbst faßte diesen Fortschritt in die Worte zusammen: „Bisher war man gewöhnt, die Tuberkulose für den Ausdruck des sozialen Elends anzusehen, und hoffte von dessen Besserung auch eine Abnahme dieser Krankheit. Eigentliche, gegen die Tuberkulose gerichtete Maßnahmen kennt deswegen die Gesundheitspflege noch nicht, aber in Zukunft wird man es im Kampf gegen diese schreckliche Plage des Menschengeschlechtes nicht mehr mit einem unbestimmten Etwas, sondern mit einem faßbaren Parasiten zu tun haben, dessen Lebensbedingungen zum größten Teile bekannt sind und noch weiter erforscht werden können." Koch erklärte, obwohl er zunächst von der Ansicht ausging: „Die Perlsucht ist identisch mit der Tuberkulose des Menschen und also eine auf diesen übertragbare Krankheit", von vornherein den Auswurf des an tuberkulöser Lungenschwindsucht leidenden Menschen für die hauptsächlichste Infektionsquelle und die Atmungsorgane als die hauptsächlichste Eingangspforte der Krankheitserreger zu dem menschlichen Organismus. Hier setzten die ersten Bekämpfungsversuche der Tuberkulose an. Hierauf begründeten sich zahllose Erlässe von Ministerien und Behörden zur Bekämpfung der Tuberkulose. Spätere Forschungen haben aber die Lehre von der Gefahr, die von dem getrockneten und verstaubten Auswurfe des tuberkulösen Menschen drohe, nicht in vollem Maße bestätigt und durch Flügge und seine Schüler ward als die gefährlichste Infektionsquelle das beim Husten in der Form feinster Tröpfchen von den an der Tuberkulose der Atmungsorgane Leidenden in der Luft verstäubte Sputum erkannt, und damit auch die Kochsche Annahme der Atmungsorgane als die Haupteingangspforte der Tuberkulose bestätigt.

Als zweite Infektionsquelle hatte Koch auf den Genuß von Fleisch, Milch und Butter perlsüchtigen Rindviehs von vornherein aufmerksam gemacht. Als Eingangspforte der Tuberkulose mußten in diesem Falle die Verdauungsorgane angesehen werden. Hier setzten die Versuche an, Milch und Rahm zur Verbutterung durch Erhitzen für den Genuß unschädlich zu machen und die perlsüchtigen Tiere aus den Rinderherden auszumerzen. Behring stellte dann den Verdauungskanal des Säuglings als normale Eingangspforte für die Tuberkulose hin, eine Lehre, die nicht nur bei Koch, sondern bei den namhaften Forschern der ganzen Welt auf den heftigsten Widerstand stieß. Eine befriedigende Lösung



werden sollte, die Kosten des Verfahrens selbst auferlegt werden. Zum Schlusse zeigt der Vortragende an einer Reihe von Fällen, wie infolge eines Unfalles eine chronische Rückenmarkskrankheit ausgelöst werden könne. In diesen Fällen von Trauma sei es allerdings ohne Zweifel, daß die neuere Unfallversicherungsgesetzgebung keinen Einfluß auf die Entstehung oder Verschlimmerung der Krankheit gehabt habe.

Dieselbe Frage unter Berücksichtigung der psychiatrischen Seite besprach darauf Prof. Dr. Gaupp, München. Er führte aus:

Als man vor 22 Jahren die Unfallversicherung schuf, dachte der Gesetzgeber schwerlich daran, daß das Gesetz, welches einen wirtschaftlichen Charakter trug, auch eine medizinische Bedeutung haben könne. Die Erfahrung hat aber gelehrt, daß die Unfallneurose durch die Gesetzgebung stark beeinflußt wird. Bei der Schaffung des Gesetzes hat man die Seele der Arbeiter nicht in Betracht gezogen. Mit seinem Inkrafttreten nahmen die traumatischen Neurosen rasch zu. Vielfach hat der Verletzte das Empfinden, nicht mehr arbeiten zu können. Man muß berücksichtigen, wie das Gemütsleben des Verletzten durch die lange Dauer des Verfahrens bei der Rentenfestsetzung beeinflußt wird. Die Nachuntersuchungen lassen den Arbeiter nicht zur Ruhe kommen, immer wieder muß er seine Leidensgeschichte erzählen, sich gegen den Verdacht der Simulation verteidigen; er lebt sich so in die krankhafte Stimmung ein, merkt bald, worauf es ankommt, und wehrt sich gegen die sogenannte „Rentenquetsche". Dazu kommt noch als ein weiterer Mangel, daß die Unfallversicherungsgesetze dem Arbeiter schwer verständlich sind. Die Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit muß darum auch auf die Gewöhnung des Verletzten an die Arbeit gerichtet sein. Vor allem fehlt in dem Gesetz eine Bestimmung, welche dafür Sorge trägt, daß dem partiell arbeitsfähigen Arbeiter eine geeignete Arbeit beschafft wird. Dies ist eine ganz besonders fühlbare Lücke im Gesetz. Um dem unglücklichen Verlauf der traumatischen Neurose entgegenzuwirken, kann aber auch ohne Änderung der Gesetzgebung der Arzt prophylaktisch wirken. Vor allem, indem er das Vertrauen des Verletzten auf Heilung hebt. Er muß sich hüten, den Arbeiter ohne Grund der Simulation zu verdächtigen. Das ist ärztlich falsch und inhuman. Man zwingt damit die Arbeiter erst recht zur Simulation. Weiterhin sprach der Vortragende den Wunsch aus, daß die Verletzung gleich nach dem Unfall festgestellt, und daß die Behandlung direkt von der Berufsgenossenschaft übernommen werde, da die Krankenkassenbehandlung nur an der augenblicklichen Heilung ein Interesse habe. Auch die Nachuntersuchungen müßten eingestellt werden. Der Arzt müsse bei den Entscheidungen die größte Rolle spielen.

Schließlich formulierte der Referent folgenden Vorschlag:

Nach Ablauf von drei Jahren von dem Tage des Unfalles steht den Berufsgenossenschaften das Recht zu, nach Anhörung eines ärztlichen Kollegiums von mindestens drei Ärzten, von denen zwei den Verletzten schon früher untersucht haben, diesen mit der einmaligen Auszahlung eines bestimmten Kapitals abzufinden, wenn nach dem einstimmigen Ausspruch der Ärzte die Verletzung selbst völlig geheilt ist und die übriggebliebenen Störungen sich in den letzten 12 Monaten objektiv nicht verschlimmert haben.

Über die in der Tübinger Frauenklinik gemachten Erfahrungen mit dem Unfallversicherungsgesetz auf dem Gebiete der Gynäkologie berichtete Prof. Baisch, Tübingen. Die Fälle, welche auf diesem Gebiete in Betracht kommen, seien nur gering, aber auch hier sei eine Einwirkung beobachtet worden. Der vierte Redner, Dr. Thiem, Kottbus, der die chirurgische Seite beleuchtete, bedauerte, daß die Unfallversicherung erst nach der 14. Woche die Weiterbehandlung in die Hand nähme. Durch die 13wöchentliche Karenzzeit seien die 10 Millionen landwirtschaftlicher Arbeiter und ländlicher Kleingrundbesitzer, die in keiner Krankenkasse sind, nach einem Unfall auf sich selbst angewiesen. Trotz mancher Unzuträglichkeiten der deutschen Unfallgesetzgebung hielt der Redner die Vorteile für die Ärzte in wissen-

---

hat dieser Meinungsstreit auch jetzt, 25 Jahre nach der Entdeckung des Tuberkelbazillus, noch nicht gefunden, da in dieser Beziehung auch der erneute Eingriff Robert Kochs in die Erforschung der Tuberkulose keine überzeugende Klarheit geschafft hat. Über diese erneuten Forschungen Kochs schreibt Flügge:

Koch fiel es nun auf, daß trotz der so gewaltigen Verbreitung der Tuberkelbazillen in der Milch und deren Produkten, sowie im Fleisch tuberkulöser Tiere diejenige Erkrankungsform, die aus der Aufnahme jener Produkte resultieren mußte, die primäre Darmtuberkulose, bei Kindern in erster Linie, ein relativ seltenes Vorkommnis war. Er wurde dadurch auf den Gedanken geführt, daß die Erreger der Tuberkulose der Rinder für den Menschen doch wohl nicht die Bedeutung haben könnten, die man ihnen allgemein zuerkannt hatte. Diese Erwägungen gaben ihm den Anlaß, die Tuberkelbazillen des Rindes und die Tuberkelbazillen des Menschen einer sorgfältigen vergleichenden experimentellen Prüfung zu unterziehen. Von ihm in Gemeinschaft mit Schütz angestellte Versuche führten zu einem ganz überraschenden Ergebnis. Während nach der Einbringung von Tuberkelbazillen des Menschen bei Rindern sich nur lokal bleibende und wieder zurückbildende Veränderungen entwickelten, führte die Einbringung von Tuberkelbazillen des Rindes bei Rindern zu einer intensiven, vorwärtsschreitenden, mit einer allgemeinen Tuberkulose und dem Tode der infizierten Tiere endigenden Erkrankung. Die Tuberkelbazillen des Menschen und des Rindes zeigten sich somit pathogenetisch gegenüber dem Rinde vollkommen verschieden.

Seine durch diese Forschungen neu gewonnene Anschauung über die Verschiedenheit der Menschen- und Rindertuberkulose veröffentlichte Koch im Jahre 1901 auf dem Tuberkulose-Kongreß in London, wo sie das ungeheuerste Aufsehen, bald aber auch den heftigsten Widerspruch erregten. Mit ihrer Nachprüfung wurden fast in allen Kulturländern staatliche Kommissionen beauftragt. In Deutschland wurden zu dieser Prüfung von Reichs wegen große Mittel bewilligt und nach einem vom Reichsgesundheitsamt aufgestellten Plane verwendet. Diese Versuche wurden unter der Leitung von Kossel und Weber an einem überaus reichen Untersuchungsmaterial durchgeführt. Ohne bisher vollkommen abgeschlossen zu sein, hatten sie doch schon das von Flügge als zweifellos hingestellte Ergebnis, daß unter den Säugetier-Tuberkelbazillen zwei Typen, ein humaner und ein boviner, zu unterscheiden sind. Die Tuberkelbazillen der Rinder sind kürzer, plumper und dicker als die der Menschen. Aber es kann nicht verhehlt werden, daß die Untersuchungen anderer Forscher und auch die der amtlichen englischen Kommission zu einem andern Ergebnis gelangten, obwohl die verschiedenartige Wirkung, die weniger große Gefährlichkeit der Rindertuberkeln für die Menschen im allgemeinen nun als anerkannt gelten kann. Soviel geht aus den bisherigen Untersuchungen jedenfalls mit Sicherheit hervor, daß der Rindertuberkelbazillus hinsichtlich seiner Bedeutung für die Entstehung der Tuberkulose beim Menschen weit zurücksteht hinter dem an den Menschenkörper angepaßten menschlichen Tuberkelbazillus" schließt Flügge diese Betrachtung und bestätigt damit ausdrücklich die Richtigkeit der von Koch bereits in seiner ersten Mitteilung über die Tuberkulose geäußerten Ansicht, daß als Hauptquelle für die Verbreitung der menschlichen Tuberkulose das Sputum des an offener Tuberkulose leidenden Menschen anzusehen ist.

Koch hatte sehr bald erkannt, daß, wenn auch prophylaktische Maßnahmen im menschlichen Verkehr beim Kampfe gegen die Tuberkulose große Dienste leisten können, ein durchschlagender Erfolg nur durch ein Mittel, welcher das frühzeitige Stadium der Krankheit erkennen ließ und den Menschen vor dem ihn und seinen Mitmenschen gefährlichen vorgeschrittenen Stadium bewahrte, erzielt werden würde. Unermüdlich suchte er daher nach einem solchen Mittel, bis



schaftlicher Beziehung und für die Verletzten in jeder Beziehung für so vorwiegend große, daß die Ärzte rastlos an diesem großen sozialen Humanitätswerke weiter mitarbeiten müßten, welches das deutsche Reich zuerst zu schaffen gewagt hat und dem nach und nach fast alle Kulturstaaten gefolgt sind.

Deutscher Volksgesundheitstag.

In Dessau tagte im Mai die diesjährige Hauptversammlung der Gesellschaft für Volksbäder unter Leitung ihres Vorsitzenden, Professors Dr. Lassar, Berlin. Zugegen waren Vertreter der preußischen Ministerien der öffentlichen Arbeiten und der Landwirtschaft, des Generalstabsarztes der Armee, der Stadt Berlin und mehrerer ärztlicher Vereinigungen.

Den ersten Vortrag hielt Hofrat Leo Vetter, Stuttgart, über den Großbetrieb deutscher Badeanstalten und seine fortschrittliche Entwickelung. Redner verbreitete sich über die technische Frage, in welcher Weise eine möglichst vollkommene Ausnutzung des für größere Badeanstalten erzeugten Dampfes erreicht werden kann, und empfahl, auf dem von Stuttgart gegebenen Beispiel fußend, für kleinere Städte die Verbindung von Elektrizitätswerk und Badeanstalt, da sich auf diese Weise viel sonst ungenutzt verloren gehende Wärme verwerten lasse. Bezüglich der Badepreise meinte Vetter; dieselben müßten mit den in den allgemeinen Lebensbedingungen eintretenden Veränderungen, also Steigerungen Schritt halten. Schließlich berührte Redner noch das Trinkgelderwesen, welches er als einen leidigen Mißstand, der gerade in Badeanstalten zu einer verschiedenen Behandlung der Besucher führen könne, bezeichnete. Die direkte Annahme von Trinkgeldern sollte den Angestellten der Bäder bei Strafe sofortiger Entlassung verboten werden. Wo Trinkgelder angenommen werden, gehe das Gefühl der Gleichberechtigung aller Besucher verloren, und auf dem Gefühl der Gleichberechtigung beruhe vor allem der Charakter der wahren Volkstümlichkeit der Badeanstalten. Im Anschluß an diesen Vortrag teilte der Vorsitzende den Entschluß der Gesellschaft mit, die einzige Auszeichnung, welche sie geben könne, nämlich die silberne Medaille für Verdienste um die Volksbadesache, Geheimrat Vetter zu verleihen. Es gebe keinen würdigeren als diesen Herrn, der ein Menschenalter hindurch ein eifriger Vorkämpfer auf dem Gebiete des öffentlichen Badewesens gewesen sei.

Als zweiter Redner sprach Professor Gumprecht, Weimar, über die Entwickelung der Dorfbadfrage im Großherzogtum Sachsen. Redner wies auf die Tatsache hin, daß das Großherzogtum infolge seiner geologischen Beschaffenheit verhältnismäßig arm an Wasserläufen ist. Dagegen ist die Wasserversorgung der Gemeinden durch Wasserleitungen im allgemeinen gut geregelt, zumal die Regierung vielfach mit staatlichen Mitteln zu Hilfe kam. Wenn dies auch in erster Linie im Interesse der Feuersicherheit geschah, so sei doch der Vorteil für das Badewesen unverkennbar. Nun sei man seit einigen Jahren dort auch mit der Lösung der Frage des Dorfbades erfolgreich und praktisch vorgegangen, nachdem in einer Konferenz die Frage, wie man am zweckmäßigsten verfahren würde, erörtert worden war.

Landrat Dr. Hagen, Schmalkalden, und Pfarrer Löber, Neidhartshausen, sprachen über das Dorfbad und führten aus: Ebensowenig wie in der Stadt darf auf dem Lande, insbesondere aber in ländlichen Industriegemeinden, die öffentliche Badegelegenheit fehlen, sind doch ländliche Hausbäder seltene Einrichtungen, und ist doch für die gesundheitliche und ethische Entwickelung und Kräftigung einer Bevölkerung das Baden von hoher Bedeutung. — Die beste Förderung des Dorfbadewesens gewährt ein Schulbad. Durch die Kinder werden das Badebedürfnis und das hygienisch so wichtige Reinlichkeitsgefühl erziehlich in die Familie getragen. Das

---

er schließlich fand, daß Stoffwechselprodukte der Tuberkelbazillen selbst das lange vergeblich gesuchte Mittel sein mußten, mit dessen Hilfe dem tuberkulösen Prozeß Halt geboten werden konnte. Diese Beobachtung ward die Grundlage der ätiologischen Therapie der Infektionskrankheiten, die im Laufe der Jahre bei einer ganzen Anzahl von Krankheiten, z. B. durch Behring bei der Diphtheríe, zu den glänzendsten Ergebnissen geführt hat. Das auf Grund dieser grundlegenden Beobachtung von Koch nach langer mühsamer Arbeit aus frischen getrockneten Bazillen durch mechanisches Zerreiben als das nach seiner Überzeugung beste Werkzeug im Kampfe gegen die Tuberkulose gewonnene Mittel ist das TK, das Tuberkulin. Koch selbst hatte bei der ungeheures Aufsehen unter der leidenden Menschheit erregenden Verkündung dieses Mittels vorsichtig gesagt, „daß er hoffe, die beginnende Tuberkulose damit heilen zu können.“ Diese Hoffnung ist im Laufe der Jahre in vielen Fällen sicher bestätigt worden. An den übertriebenen Erwartungen, die an das mit begeisterter Freude in der ganzen Welt begrüßte Mittel geknüpft wurden, ist Koch schuldlos gewesen. In dem von ihm erwarteten Umfang hat es sich bei der Behandlung nicht vorgeschrittener Fälle, vor allem aber als Mittel zum frühzeitigen Erkennen der Krankheit beim Menschen und als Mittel zum frühzeitigen Erkennen und Ausrotten der Rindertuberkulose durchaus bewährt. Das läßt sich am besten aus seinem starken Verbrauch ersehen, der auch jetzt, nachdem andere Forscher, vor allem Behring, eine Verbesserung dieses Mittels versucht haben, keineswegs nachgelassen hat. Die vielfachen Versuche, wie bei der Diphtherie, Tetanus und anderen Infektionskrankheiten, so auch gegen die Tuberkulose ein Schutzserum herzustellen, sind vergeblich gewesen. Wenn dies auch von Flügge nicht erwähnt wird, so ist doch mit voller Sicherheit anzunehmen, daß Koch diesen bei anderen Infektionskrankheiten von ihm ebenfalls eingeschlagenen Weg auch bei der Tuberkulose während seiner jahrelangen Arbeiten über diese Krankheit betreten, aber als aussichtslos wieder verlassen hat. Es ist auch als wahrscheinlich anzusehen, daß Robert Koch, der zur Zeit in Afrika weilt zur Bekämpfung der Schlafkrankheit — deren Krankheitserreger in seinem Bestreben, verschieden virulente, schließlich auch in ihrer Struktur zu unterscheidende Stämme unter Anpassung an Menschen- und Tierkörper zu bilden, den Tuberkeln verwandte Eigenschaften zeigt — in den Kampf um und gegen die Tuberkulose nach seiner Rückkehr wieder aktiv eingreifen wird. Zu den neuesten Forschungen und Veröffentlichungen Behrings, zu den kürzlichen Angriffen der englischen Untersuchungskommission gegen seine Feststellung der Verschiedenheit der Tuberkeln beim Menschen und Tier wird er wohl zweifellos Stellung nehmen wollen. Wir schließen diese auf die vortrefflichen Ausführungen Flügges hinweisenden Worte mit den Schlußsätzen Flügges, mit denen er noch einmal die großen unsterblichen Verdienste Robert Kochs um die Bekämpfung der Tuberkulose hervorhebt: „Wenn wir die Konsequenzen überblicken, die die von Robert Koch vor 25 Jahren verkündete Entdeckung in dieser kurzen Spanne Zeit gehabt hat, so müssen wir sie als geradezu außerordentlich bezeichnen im Hinblick sowohl auf den ungeheuren Nutzen, den sie der Wissenschaft gebracht, als ganz besonders auch im Hinblick auf den schönen Erfolg, den sie für die Bekämpfung und das Zurückdämmen der Krankheit gezeitigt haben. Viele Tausende von Menschen erkranken und sterben alljährlich jetzt schon weniger an Tuberkulose als vor 25 Jahren. Mit jedem Jahre werden die Erfolge besser werden, und schließlich muß es dahin kommen, daß die Tuberkulose dank der Entdeckung Kochs ebenso zur Bedeutungslosigkeit herabgedrückt werden wird, wie die furchtbarste Geißel der früheren Jahrhunderte, die Pocken, dank der Entdeckung Jenners zurückgedrängt worden ist. Der 24. März 1882 wird ein Gedenktag bleiben in der Geschichte der Menschheit.

K. Z.



Schulbad wird häufig ohne erhebliche Kosten in einfacher, den örtlichen Verhältnissen angepaßter Weise als Brausebad baulich mit der Schule verbunden werden können und bildet in dieser Form die zweckmäßigste und eine dauernd benutzbare Badeeinrichtung. Das Schulbad kann aber auch ein Bad im Fluß, Bach, Kunstgraben, See oder Teich sein, vielleicht auch nach entsprechender Klärung der ärztlichen Ansichten ein Luftbad mit einfachen Abwaschungen. — Tunlichst ist Schwimmgelegenheit zu schaffen. Mit dem ländlichen Schulbad kann durch Aufstellung einer oder einiger Wannen und Anbringung von Vorhängen oder verstellbaren Wänden ohne Schwierigkeit ein kleines Volksbad verbunden werden. Beim Vorhandensein der nötigen Aufsicht sind die Brausen der Schulkinder auch für Erwachsene, Fortbildungsschüler usw. nutzbar zu machen. — Sonst lassen sich auf dem Lande einfache Badeeinrichtungen im Anschluß an das Gemeindehaus, Spritzenhaus, Backhaus usw. herstellen. In kleinen Fabriksorten wird sich zuweilen im Benehmen mit dem Fabrikanten ein Arbeiterbad, welches zu bestimmten Zeiten auch als Volksbad benutzt werden könnte, errichten lassen. Während Landrat Dr. Hager im Schulbad die Grundlage des Dorfbades sieht, ist Pfarrer Löber aus eigener Erfahrung zu dem Ergebnis gekommen, daß das Schulbad in unseren Landgemeinden nur sehr schwer Eingang finden wird. Er hat im Anschluß an eine neuerbaute Kochschulküche einen Baderaum für sein Dorf geschaffen. Eingehend verbreitete sich Vortragender über die Entstehungsgeschichte dieser Wohlfahrtseinrichtung und kann über die steigende Benutzung durchgehend nur recht günstige Auskunft geben. Der Bau der Badezelle mit Wanne und einem an die Dorfwasserleitung angeschlossenen Badeofen hat etwa 400 Mark gekostet, ein Betrag, der in Ansehung des hygienischen Gewinnes, den das Dorfbad schafft und weiter schaffen wird, gering ist und zur Nachahmung allerorten auffordert.

Der nächste Vortrag, den Privatdozent Dr. Martin, Halensee-Berlin, hielt, hatte das Thema „Das deutsche Volksbad in historischer Hinsicht" zum Gegenstande. Der Redner entwarf ein Bild des ganzen Badewesens in Deutschland von seinen ersten Anfängen bis in die neuere Zeit.

Über Hallenbrausebäder sprach Baurat Schultze, Bonn. Neben den Schwimmanstalten seien, so meinte der Redner, dank der schöpferischen Arbeit des Vorsitzenden, Professor Lassar, auch die Brausebäder in den Dienst der Gesundheitspflege getreten. Redner ging dann in nähere Erläuterungen auf die technische Seite der Volksbrausebäder ein und zeigte den Weg, der zur Verwirklichung des Gedankens eines Volksbrausebades führen kann. Als ideal bezeichnete er den öffentlichen und gemeinschaftlichen Gebrauch des Brausebades. — Baurat Herzberg erkannte alle von dem Vorredner geschilderten Vorzüge des Volksbrausebades an. Doch sei es so lange nicht vollkommen, als sich die Badenden der Badehose bedienen müssen, was bisher nicht vermieden werden konnte. Mit der Badehose nehmen die Leute nur ein unvollkommenes Bad. Mehrere Redner stimmten dem zu.

Über die Benutzung der Fabriksbäder durch die Arbeiter sprach der Prokurist der Deutschen Kontinental-Gasgesellschaft, Wilhelm Klebe, Dessau. Redner wies einleitend darauf hin, daß das Arbeiterbad je nach der Art des betreffenden Industriezweiges teils zu den gesetzlich vorgeschriebenen, teils zu den freiwilligen Leistungen der Arbeitgeber gehöre. Letztere Art wäre im Hinblick auf die Durchführung vielfach die vortrefflichere, wie es in Dessau die Anlagen der Dessauer Zuckerraffinerie, der Schultheiß-Brauerei und der Gasanstalt zeigen, in Bernburg die der Solvay-Werke, in Osternienburg die der Ätznatron- und Chlorkalkfabrik. Allen Fabriksbadeeinrichtungen gemeinsam sei die Unentgeltlichkeit des Bades: einzelne Fabriken geben noch Seife und Badewäsche frei, auch gestatten einige wie die Dessauer Zuckerraffinerie, die Schultheiß-Brauerei und die Vereinigten Chemischen Fabriken in Leopoldshall den Angehörigen ihrer Beamten und Arbeiter die Benutzung der Bäder. Eine genaue Statistik über die Benutzung der Bäder führen nur wenige Fabriken. Am meisten frequentiert werden die Bäder naturgemäß von den Arbeitern, welche die schmutzigste und heißeste Arbeit verrichten. Das Brausebad werde von den Arbeitern, das Wannenbad von Beamten und Frauen bevorzugt. Gebadet werde zumeist nach der Arbeitszeit; in mehreren Fällen wird die letzte Arbeitsviertelstunde freigegeben, aber nur in wenigen Fällen wird während der Arbeitszeit gebadet. Da Badezeit und Badebenutzung aber in einem engen Zusammenhange ständen, führte der Redner einige Beispiele aus seinen Reiseerinnerungen an, wo die betreffenden Fabriken den Badezwang eingeführt hätten. An den Schluß seiner Ausführungen stellte der Redner folgende Leitsätze, die das Resümee seines Vortrages bildeten: 1. Fabriksbäder mit den dazugehörigen Aus- und Ankleideräumen sollen stets in tunlichster Nähe der einzelnen Arbeitsstätten liegen. 2. Die Bäder sind den neuesten Fortschritten der Badetechnik entsprechend zu errichten und mit hellster Belichtung zu versehen; auch ein gewisser Komfort dabei angewendet werden. 3 Die Bäder sind stets sauber zu halten; bei größeren Anlagen muß ein Badewärter die Aufsicht führen. 4. Die Bäder selbst sind unentgeltlich zu verabfolgen; Seife und Wäsche sind, wenn nicht ebenfalls unentgeltlich zu liefern, möglichst billig zu berechnen. 5. Die Gelegenheit zum Baden ist im allgemeinen tunlichst zu erleichtern; kann eine Fabrik die Badebenutzung für ihren ganzen Betrieb oder für einzelne Teile desselben den Arbeitern während der Arbeitszeit gestatten, so sollte sie dies nicht allein tun, sondern die Badebenutzung zwangsweise einführen, eventuell durch Aufnahme einer bezüglichen Bestimmung in die Arbeitsordnung.

Die Rentabilität der Volksbadeanstalten behandelt unter Anlehnung an eine Reihe von rechnerischen Angaben, die auf Karten demonstriert wurden, Stadtoberingenieur Arnold, Dortmund. Der Redner gab als Resümee seiner Erläuterungen ebenfalls eine Zahl Leitsätze bekannt, die folgendermaßen lauten: Die Volksbadeanstalt ist mit Rücksicht auf die Erzielung großer Rentabilität zunächst nur dem mit einiger Sicherheit zu erwartenden Besuch entsprechend, aber erweiterungsfähig anzulegen, in der Mitte der Stadt zu errichten, mit vollkommenen technischen Einrichtungen zu versehen, möglichst mit einer in der Nähe befindlichen Dampfmaschinenanlage zu verbinden, damit die Abdampfwässer zur Erwärmung des Volksbades benutzt werden können.

Hat eine Gemeindeverwaltung das Recht und die Pflicht, das öffentliche Badewesen durch Verwendung kommunaler Mittel zu fördern? So lautete das Thema zu dem Vortrage, den Stadtrat Müller, Dessau, hielt. Die deutschen Gemeindeordnungen überlassen es der Wissenschaft und Praxis, aus dem Wesen der Gemeinde heraus deren jeweilige Aufgaben abzuleiten, und dem gesunden Sinne des Volkes, für die Erfüllung dieser Aufgaben Sorge zu tragen. Die Gemeinde sei ihrer ganzen Geschichte nach eine Zweckgemeinschaft, deren Aufgaben ebenso mannigfach und vielgestaltig sind, wie das Volksleben überhaupt. Es bedürfe keiner langen Worte darüber, daß die Gemeinden berechtigt seien, das öffentliche Badewesen durch Verwendung öffentlicher Mittel zu fördern. Die Gemeinde müsse dafür sorgen, daß die Segnungen des Bades einer unbegrenzten Anzahl von Gemeindegliedern zugute kommen, dann werde auch die Allgemeinheit Vorteile daraus ziehen, die Volkskraft werde sich steigern, Krankheiten werden verhütet und bekämpft, und die Erwerbsfähigkeit der Angehörigen werde länger erhalten bleiben als sonst. Die Bäder können der Allgemeinheit unschätzbare Reichtümer in ideeller und materieller Hinsicht zuführen. So lange nicht jedes Haus seine Badestube besitzt, so lange nicht der private Unternehmungsgeist oder Wohlfahrtsvereine dem Bedürfnis nach öffentlichen Badeanstalten, welche moderne Einrichtungen mit billigsten Preisen verbinden, abzuhelfen vermögen, so lange müssen die Gemeinden das öffentliche Badewesen aus öffentlichen Mitteln unterstützen.

Weitere Vorträge hielten Professor Silbergleit, Direktor des Statistischen Amtes der Stadt Berlin über „Unsere Statistik über das Badewesen, sowie Gewerberat Hertel, München, über „Die Verwendung von Kondenswasser zum Betriebe von Bädern. Ersterer unterbreitete der Versammlung unter anderem eine interessante statistische Ausarbeitung über die öffentlichen Warmbadeanstalten im Deutschen Reich Ende 1905.

III. Referate.

Darmstenosen als Spätwirkung der Appendizitis. Von Dr. A. v. Bergmann.

Die Occlusion immédiate und précoce ist genügend bekannt. Anders steht es mit der Occlusion tardive. Die Tatsache, daß nach abgeklungener Appendizitis oder nach erfolgter Exstirpation des Wurmfortsatzes die durch die Erkrankung gesetzten entzündlichen Veränderungen des Peritoneum sich ihrerseits geltend machen können, steht für die nächste Umgebung der Appendix fest — so namentlich für die weiblichen Genitalorgane. Weiter können diese — in Adhäsionen und Schwarten bestehenden — Veränderungen des Peritoneums das Zökum und das Colon ascendens in ihrer Motilität beeinträchtigen. Bei abnormen Spannungsverhältnissen im Dickdarm, starker Gasbildung usw., wird das Zökum in erster Linie mehr oder weniger stark aufgetrieben, während das durch die Adhäsion fixierte und in seiner Ausdehnungsfähigkeit beschränkte Colon ascendens sich nicht entsprechend ausdehnen und dem Ausgleich der Gasspannung förderlich sein kann. Dadurch werden Bedingungen geschaffen, die zu absoluter Stuhl- und Gassperrung führen können.

Sprengel erwähnt die schwieligen, schwartigen Verwachsungen als ein Moment, welches zur Kompression des rechten Ureter und nachfolgender schwerer Erkrankung der Niere führen kann.

Nun kommen aber auch entfernt vom Ausgangspunkt der Entzündung Adhäsionen und Schwarten vor, welche den Darm überziehen und die Wegsamkeit seines Lumens beeinflussen, sei es, daß sie den Darm in toto an das Peritoneum parietale fixieren, sei es, daß sie sein Mensenterium zur Schrumpfung bringen oder daß alle Momente gleichzeitig mitwirken, so daß der Darm fixiert, komprimiert und winklig abgeknickt wird.

Da die Adhäsions- und Schwartenbildung in erster Linie durch örtliche ulzerative Prozesse verursacht wird, so ist es eine notwendige Voraussetzung, daß eine Erkrankung des betreffenden Darmteiles selbst oder seiner nächsten Umgebung ausgeschlossen werden muß, wenn man die Appendizitis für die Entstehung der Adhäsionen und die durch diese bedingten Stenosen als ursächlich hinstellen will.

Daß aber in der Tat die Appendizitis ihren Einfluß auch auf die Flexura sigmoidea ausüben kann, lehren außer dem Fall von Lauenstein zwei Fälle von Rastowzew, in deren erstem eine beträchtliche Zeit nach dem Ablauf einer Appendizitis ein Flexurvolvulus durch peritoneale Stränge zustande gekommen war, während im zweiten die Flexur hineinbezogen war in die ausgedehnten Adhäsionen, welche nahezu alle Dünndarmschlingen miteinander verlötet hatten.

Folgender Fall zeigt, daß acht Jahre nach der Entfernung des Wurmfortsatzes vergehen können, ehe sich die Adhäsionen am Colon pelvinum geltend machen, welche ihre Entstehung offenbar der perityphlitischen Eiterung verdanken, welche durch Inzision zur Ausheilung gekommen war. (Folgt Krankengeschichte.)

Endlich sei noch der Magen- und Duodenalerscheinungen Erwähnung getan, welche nach Rostowzew der Differentialdiagnose zwischen dem Magen- und Duodenalulkus einerseits und einer Appendizitis andererseits ganz beträchtliche Schwierigkeiten entgegensetzen können. Auch in dem oben angeführten Fall Lauensteins hatte ursprünglich der Verdacht eines Magenulkus bestanden, während Lauenstein bei der Operation keinerlei Anzeichen eines Magenulkus finden konnte. Fürbringer hat die Perforation eines sehr langen Wurmfortsatzes in das Duodenum gesehen. Allein es bedarf gar nicht einmal eines derartigen Vorganges, es genügen Adhäsionen und Fixierung des Duodenum durch dieselben, um Erscheinungen hervorzurufen, welche beim Fehlen jeglicher Appendizitissymptome die Diagnose Duodenalulkus sehr plausibel erscheinen lassen.

Im nachstehenden Fall, der von dem behandelnden Arzt mit der Diagnose Duodenalulkus eingeschickt wurde, ist nicht festzustellen, daß ein Appendizitisanfall überhaupt stattgehabt hat. Aus voller Gesundheit erkrankte eine, namentlich in bezug auf ihre Verdauungsverhältnisse aufs beste bestellte Frau an den charakteristischen Erscheinungen des Duodenalulkus, sogar die blutigen Stühle fehlen nicht. Bei der Operation wird eine Fixierung des unteren Teiles des Duodenum durch Adhäsionen gefunden, welche ihren Ausgangspunkt von dem Wurmfortsatz genommen hatten, der an den absteigenden Teil des Duodenum angelagert war. Die Unmöglichkeit, das Duodenum wieder freizumachen, veranlaßte mich, trotzdem ich keine Veränderungen an der Magen- oder Duodenalwand fand, eine Anastomose zwischen dem Magen und dem Dünndarm herzustellen und das fixierte Duodenum auszuschalten. Der Exitus, welcher vom pathologischen Anatomen als Chloroformtod aufgefaßt wird, gab die Möglichkeit, sich davon zu überzeugen, daß in der Tat die Schleimhaut des Magens und Duodenum absolut intakt war. (Folgt Krankengeschichte.) (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50.)

*

Die Katgutnaht bei Fractura patellae. Von Professor Riedel.

Kürzlich hat v. Brunn das Resultat der Behandlung der Patellafraktur mit Silberdraht genauer erörtert. Das Ergebnis dieser, auch auf dem letzten Chirurgenkongreß mitgeteilten, also wohl allseitig bekannten Untersuchungen ist: Ablehnung der Naht mit Silberdraht. Die von anderen Chirurgen operierten und in Berlin 1905 demonstrierten Fälle erlaubten, soweit R. sie gesehen hat, auch keine andere Schlußfolgerung. Es wäre möglich, daß sich die Ärzte jetzt der Patellanaht mit Katgut zuneigten, zumal R. dieselbe in der Debatte auf dem letzten Chirurgenkongreß wieder lebhaft empfohlen hat. R. fühlt sich deshalb verpflichtet, die von ihm erzielten Resultate in ebenso objektiver Weise mitzuteilen, wie v. Brunn die in Tübingen gewonnenen Erfahrungen (12 Operierte) publiziert hat.

In toto sind 11 Verletzte mit Katgutnaht behandelt worden, und zwar drei mit veralteter, acht mit frischer Patellafraktur. Bei zwei weiteren Kranken, die im Laufe des letzten Semesters mit frischen Kniescheibenbrüchen eingeliefert wurden, fehlte die Indikation zur Naht; die Frakturen waren durch direkte Gewalt entstanden, es handelte sich um Splitterbrüche ohne stärkere Dislokation der Fragmente; die Heilung erfolgte bei nichtoperativer Behandlung sehr gut, die Kniegelenke funktionierten fast in normaler Weise, Röntgenaufnahme ergab fast tadellose Heilung der Bruchstücke.

Ähnlich anatomisch tadellose Heilungen der Bruchstücke ergab auch die Katgutnaht bei veralteter Patellafraktur.

Fiebert also ein Operierter nach der Katgutnaht der Patella, wird das Bein dunkelblaurot und prall infiltriert, so soll man sich nicht beunruhigen, auf keinen Fall durch große Schnitte der Entzündung zu Leibe gehen, höchstens das aseptische Sekret durch kleinen Einstich entleeren, aber auch das ist kaum nötig. Aber R. wird in den nächsten Fällen, wenn sie ganz frisch in Behandlung kommen, nur noch vier dünne Katgutfäden nehmen, sie genügen vollständig, weil sich das obere Bruchstück in Narkose spielend leicht mittels der Katgutfäden nach unten ziehen läßt.

Beim Querbruche in der Mitte und im unteren Teile der Patella wird R. beim jetzigen Verfahren, d. h. Naht von oben, bleiben. Ist aber die Patella im oberen Abschnitte gebrochen, so empfiehlt sich vieleicht Einstich von unten durch das Lig. patellae; R. kann sich denken, daß man ein oberes



kleines Bruchstück vielleicht besser durch die von unten nach oben um die Bruchstücke herum geführte Katgutschlinge herunterholen und fest andrücken wird, als wenn man von oben operiert. Zum Schluß sei erwähnt, daß die ganze subkutane Katgutnaht sich binnen 10 Minuten ausführen läßt, was doch auch ein Vorteil für den Kranken ist mit Rücksicht auf die Narkose; letztere kann vielleicht sogar durch den Chloroformrausch ersetzt werden, doch weiß ich nicht, ob sich dann das obere Bruchstück genügend leicht herunterziehen läßt. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50.)

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Sitzung vom 14. Juni 1907.

Hermann Schlesinger zeigt einen Kranken mit Spondylitis infectiosa nach Denguefieber, das der Kranke im Oktober v. J. in Ägypten bekommen hatte. Dieses Fieber ist infektiös, charakteristisch durch jähen Beginn, heftige Schmerzen, namentlich in den Gelenksgegenden und Steigerung der Schmerzen bei Bewegungen, durch hohes Fieber, das nach einer Remission wieder ansteigt und endlich durch das Auftreten eines Exanthems, dem eine Schuppung nachfolgt. Die Prognose ist in der Regel gut. Pat. bekam nach der Dengue eine schwere Erkrankung des Zentralnervensystemes, wahrscheinlich eine Enkephalo-Myelomeningitis und erst nach fast dreiwöchiger Bewußtlosigkeit trat allmähliche Besserung ein. Die Hirnnervenerscheinungen verschwanden allmählich, jedoch war Gehen, sogar Stehen ohne Unterstützung infolge starker Schmerzen unmöglich. (Nach Mitteilung von Dr. Becker, Kairo.) Als Pat. vor sieben Wochen nach Europa kam, wurde vom Vortr. eine auf Druck empfindliche Kyphose der Lendenwirbelsäule gefunden, die sich offenbar erst auf der Reise ausgebildet hatte und jetzt noch sichtbar ist. Es bestand Patellar- und rechtsseitiger Fußklonus. Das Fehlen irgendwelcher tuberkulöser Veränderungen in der Lunge und am übrigen Körper, die Anamnese, welche das Fehlen einer hereditären Belastung oder einer auf Tuberkulose suspekten Erkrankung ergab, die Entwicklung des Wirbelsäulenleidens im unmittelbaren Anschlusse an das Denguefieber, ließ Vortr. von Anfang an an Spondylitis infectiosa im Sinne von Quincke denken. Der weitere Verlauf spricht für diese Annahme. Es trat in wenigen Wochen eine außerordentliche Besserung des Zustandes ein, so daß Pat. schon allein mehrere hundert Schritte gehen kann. Eine diagnostische Tuberkulininjektion (1 *mg*) ergab nicht die geringste lokale oder allgemeine Reaktion. Spondylitis mit ähnlichem Verlaufe wird nach verschiedenen Infektionskrankheiten, relativ am häufigsten nach Typhus, beobachtet. Vortr. hat bisher noch keinen Fall einer Spondylitis infectiosa nach Denguefieber erwähnt gefunden.

Max v. Zeißl stellt zwei Pat. mit Lues vor, die er mit Atoxyl behandelt hat. Z. kann derzeit noch kein endgültiges Urteil über die Einwirkung desselben auf die Syphiliserscheinungen fällen. Er hat die Empfindung, daß das Atoxyl den Kräftezustand der Luetiker hebe. Auf jeden Fall hält er es für angezeigt, namentlich bei schwächlichen Syphilitischen Quecksilber und Jod nicht allein gebrauchen zu lassen, sondern daneben auch Atoxyl als Roborans anzuwenden.

Otto Loewi: Eine neue Funktion des Pankreas und ihre Beziehung zum Diabetes mellitus. Nachdem durch Eckhardts Versuche sympathische Hemmungen für die Nerven nachgewiesen wurden, deren zentrale oder periphere Reizung zu gesteigerter Umwandlung von Glykogen in Zucker und Übertritt des letzteren in den Harn führt, schien die Prüfung geboten, ob etwa das Pankreas die Funktion habe, sympathische Hemmungen zu reizen und der Diabetes nach Exstirpation des Pankreas die Folge des Wegfalles derartiger Hemmungen sei. Als Objekt zur Prüfung dieser Hypothese diente der Musculus dilatator pupillae, als Reagens auf die Funktionstüchtigkeit seiner Hemmungen sein Verhalten gegenüber Instillation von Adrenalin, einer Substanz, die sympathische Förderungsnerven reizt. Im normalen Auge außer beim Frosch ändert sich die Pupillenweite nicht, wenn Adrenalin instilliert wird — ist dagegen 24 Stunden vorher das Ganglion cervicale entfernt worden, so tritt Mydriasis ein. Bei 10 von 18 Diabetikern trat eine beträchtliche Mydriasis ein. Von 28 anderen Kranken verschiedener Art zeigten nur noch zwei Mydriasis: Erstlich ein Fall von Pankreasgangverschluß (klinische Diagnose, ohne spontane oder auch nur alimentäre Glykosurie! Die beiden Pankreasfunktionen könnten danach getrennt gestört sein), und ein Fall von Basedow.

Ernst Freund weist darauf hin, daß auch vom chemischen Standpunkte die Beziehungen der von Professor Loewi mitgeteilten hochinteressanten Beobachtung zum Diabetes als sehr plausibel zu bezeichnen sind. Es gibt nämlich eine Reihe von klinischen Beobachtungen, die direkt dagegen sprechen, bei Diabetes irgendeine chemische Insuffizienz der Leberzelle anzunehmen, etwa die Fähigkeit, Zucker in Glykogen umzusetzen. Weiters spricht die von Külz entdeckte Tatsache gegen die Annahme einer chemischen, substanzlichen Insuffizienz, daß die Insuffizienz des Diabetikers eine relative ist. Die Erwägungen haben F. schon in einem im Jahre 1902 gehaltenen Vortrage veranlaßt, darauf hinzuweisen, daß „die verschiedenen Formen des Diabetes mellitus einheitlich auffaßbar wären als Folgen einer Gefäßlähmung, resp. Reizung der Gefäßdilatation einmal von zentralen, das anderemal von peripheren Stellen des Nervensystems, einmal durch fremde toxische, ein anderesmal durch autotoxische Reize hervorgerufen“.

Falta meint, daß der Theorie von Loewi andere Anschauungen gegenüberstehen, vor allem die von der Naunynschen Schule vertretene Theorie von der Störung in der Glykogenese und die durch Respirationsversuche gut fundierte Annahme, daß das Verbrennungsvermögen für Traubenzucker teilweise oder völlig in Verlust geraten sei. Weiters mag wohl das, was Freund erwähnt hat, für manche leichte Fälle von Diabetes mellitus zutreffen, für die meisten schweren Fälle gilt es nicht, vor allem nicht für den experimentellen Pankreasdiabetes. Hier sehen wir ja das Verbrennungsvermögen für Zucker auf der Höhe der Stoffwechselstörung völlig aufgehoben.

Freund erwidert gegenüber Falta, daß dessen experimentellen Ergebnisse sich doch hauptsächlich auf den pankreaslosen Hund beziehen, während die Külzschen Beobachtungen doch dem menschlichen Diabetes entsprechen.

Im Schlußworte betont Loewi gegenüber Freund, daß er die Reizung und Hemmung sympathischer Fasern nicht auf Reizung und Hemmung der Blutgefäßnerven beziehe, gegenüber den Ausführungen Faltas, daß die Nötigung, eine Verbrennungsstörung oder Unfähigkeit, Glykogen anzubauen, beim Diabetes anzunehmen nicht vorliegt, man vielmehr zur Erklärung aller Symptome auch mit der alleinigen Annahme der nachgewiesenen raschen Glykogenumwandlung in Zucker auskomme.

Karl Ullmann demonstriert: 1. Varizenähnliche Kapillarphlebitis und Lymphangoitis bei tuberkulösem Tumor an einem 39jährigen Manne; 2. ein infektiöses Granulom in Form multipler Knotenbildung im Gesichte an einem 28jährigen Pat.

Carl v. Pirquet stellt ein sechsmonatiges Kind vor, bei dem die Diagnose der Tuberkulose durch die Allergieprobe gestellt wurde. Das Kind hatte bei der Spitalsaufnahme am 12. Juni auf der Haut der rechten Wange eine 5 *cm* durchmessende Stelle mit gerötetem, erhabenem Rande, mit gelblichen und schwarzen Borken bedeckt. In der Umgebung des Herdes einige blasse Knötchen. Mehrere bis über bohnengroße Lymphdrüsen im rechten Kieferwinkel. Auf der übrigen Haut, mit Ausnahme des Kopfes, verstreute Effloreszenzen; ziemlich scharf abgegrenzte, 3—5 *mm* durchmessende Knötchen, teilweise mit zentraler Borkenbildung. Nach Ablösung der Borken ist eine kleine Delle sichtbar. Lunge und übrige Organe ohne pathologischen Befund. Das tuberkulöse Ulkus auf der Wange stellt wahrscheinlich den

Primäraffekt dar, auf den die Anschwellungen der regionären Lymphdrüsen folgten. In diesem Stadium nun konnte die Diagnose auf Tuberkulose durch Tuberkulinimpfung gestellt werden. Positive Reaktion in diesem Lebensalter ist eine große Seltenheit. Das jüngste Kind, bei dem er bisher positive Reaktion gesehen habe, war fünf Monate alt. In diesem Falle nun ist die Diagnose durch das eingetretene Tuberkulid gesichert worden. Er zeigt Allergieproben, welche er vorgestern und heute morgens ausgeführt hat, an beiden Unterarmen des Kindes. Die Kontrollstelle ist ein einfacher Kratzeffekt, während die Tuberkulinstellen 10—12 *mm* durchmessende, eben tastbare Papeln darstellen; die von heute früh sind frischrot, die von vorgestern etwas blässer und leicht pigmentiert.

Julius Schnitzler stellt einen dreijährigen Knaben vor, bei dem er wegen Hirschsprungscher Krankheit die Resektion der Flexura sigmoidea ausgeführt hat und erwähnt die Vorzüge des von ihm in dem vorgestellten Falle eingeschlagenen Verfahrens der zweizeitigen Resektion der Flexur gerade mit Bezug auf die bei der Hirschsprungschen Krankheit bestehenden Verhältnisse.

Joh. Heyrovsky stellt einen Fall von seltener Verletzung des Halses vor. Der 62jährige Patient wurde im Jänner 1906 durch einen von links hinten geführten Stich an der linken Halsseite verletzt. Die Vena jugul. externa war schlitzförmig eröffnet. Die Wunde heilte in kurzer Zeit. Bei dem Patienten finden sich Ausfallserscheinungen von seiten des linken Nervus vagus (Lähmung des linken N. recurrens) und des linken N. sympathicus (Myosis, Enophthalmus). Diese Erscheinungen wurden unmittelbar nach der Verletzung beobachtet und sind also auf die Verletzung zurückzuführen. Die Lähmung des linken Stimmbandes kann durch eine Verletzung des linken N. recurrens oder des linken N. vagus selbst bedingt sein. Da neben der Lähmung des Stimmbandes auch Symptome einer Parese des Sympathikus vorhanden sind, scheint ihm die Annahme einer Verletzung des Vagusstammes selbst, mit Rücksicht auf die anatomische Lage der beiden Nerven, wahrscheinlicher zu sein, um so mehr, da von den regelmäßigen Folgen der einseitigen Vagusdurchschneidung (der erschwerten Respiration, erhöhter Pulsfrequenz und Heiserkeit) meist nur die Heiserkeit bestehen bleibt.

Ant. Frh. v. Eiselsberg stellt einen Patienten vor, der infolge Sturzes eine Fraktur im Collum anatomicum des linken Humerus erlitt. Es trat ein mächtiges Hämatom an der Innenfläche des linken Oberarmes auf. Der Puls in der Kubital- und Radialgegend fehlte. Anschließend an diesen Fall macht Redner auf die Wichtigkeit aufmerksam, bei jeder Fraktur sich vom Bestehen des Pulses im peripheren Abschnitte der verletzten Extremität zu überzeugen, indem beim Übersehen dieses Symptomes, namentlich, wenn ein zirkulärer Verband angelegt wird, der Arzt leicht von einer Gangrän des betreffenden Gliedes überrascht werden kann.

Ludwig Teleky: „Über Phosphornekrose“. Die Phosphornekrose ist in den Wiener Spitälern heute viel seltener als früher, weil es in Wien heute keine Zündhölzchenindustrie mehr gibt. T. hat in den Gebieten der Zündhölzchenindustrie selbst Erhebungen über die Häufigkeit der Phosphornekrose angestellt und kommt zu dem Schlusse, daß in den letzten zehn Jahren in Österreich 350 bis 400 Nekrosefälle vorgekommen sind, während die Gewerbeinspektorenberichte nur 75 Fälle ausweisen. Was die Natur der Phosphornekrose anbelangt, so ist man heute allgemein darin einig, daß durch die chronische Phosphorvergiftung das gesamte Knochensystem eine Veränderung erleidet. Es kommt bei den Zündhölzchenarbeitern häufig zu Spontanfrakturen der langen Röhrenknochen, besonders der Oberschenkel. Auch T. hat solche Fälle gesehen. Die Nekrose der Kieferknochen kommt dadurch zustande, daß der durch die chronische Phosphorvergiftung veränderte Knochen eindringenden Eiterungserregern keinen Widerstand zu leisten vermag. Kein Knochen aber ist so sehr dem Eindringen von Eiterungserregern ausgesetzt, als die Kieferknochen. In jenen Fällen aber, in denen es bei gesunden Knochen zu einem lokal engbegrenzten Prozeß einer Periostitis kommt, kommt es bei dem durch den Phosphor veränderten Knochen, weil er eben den Eiterungserregern nicht Widerstand zu leisten vermag, zu einer weitausgedehnten Nekrose. Bei 15—20% der Erkrankten kommt es zum Tode meist durch Fortschreiten der Eiterung auf das Gehirn oder seine Häute. Auch zu einer Vereiterung des Augapfels kann die Erkrankung in manchen Fällen führen. Was die Behandlung anbelangt, so tritt T. für die konservative Behandlung ein, die bessere kosmetische Resultate gebe. Um die Nekrosefälle erheblich zu vermindern, haben zahlreiche Länder die Verwendung des weißen oder gelben (giftigen) Phosphors zur Erzeugung von Zündhölzchen untersagt. *i. m.*

Berliner medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 27. Februar 1907.

v. Bergmann stellt eine junge Frau vor mit einer großen Sarkomgeschwulst am Kopfe. Vor vier Jahren Sturz auf den Kopf, damals am Schädel, keinerlei Störungen. Innerhalb 10 Monaten hatte sich die Geschwulst bis zu dieser Dimension herangebildet. Damals Fluktuation. Die Punktion ergibt reines Blut. Röntgenuntersuchung ergibt eigentümliche Veränderungen am Schädel, Pulsation wird nicht wahrgenommen. Am Schädelknochen sieht man einen Defekt mit unregelmäßigem Rande, an der Oberfläche einige schattige Stellen, die Knochenstücken entsprechen. Ein Röntgenbild, vier Wochen später aufgenommen, ergibt Vergrößerung des Defektes. Es handelt sich hier um ein Sarkom, das sich aller Wahrscheinlichkeit nach aus der Diploe entwickelt hat.

B. berichtet über einen zweiten ähnlichen Fall. Auch da wurde die Diagnose auf Kavernom oder zerfallenes Sarkom gestellt. Die Operation ergab ein zystisch zerfallenes Sarkom. Der Fall ist in Erwartung der starken Blutung mit allen Vorsichtsmaßregeln operiert worden, trotzdem trat einige Stunden nach der Operation der Exitus infolge des starken Blutverlustes ein. Therapie in dem demonstrierten Falle ebenfalls Operation.

Muskat zeigt zwei Fälle von Ischias scoliotica. Hochgradige Versteifung der Wirbelsäule. In dem einen Falle Beginn im Jänner 1905 im rechten Bein mit Auftreten von Schmerzen, die von der Hüfte bis nach der Ferse ausstrahlen, im Mai 1906 neuer Anfall, während dessen der Körper so gebeugt war, daß der Kopf aus dem Bett heraushing; dann trat ein Schmerzanfall im linken Bein auf. Es wurden Bäder, Elektrizität usw. angewandt, doch blieb die Verbiegung bestehen. Hochstand beider Gesäßhälften; Vertiefung des linken Taillendreiecks; Kyphose im Lumbosakralteil und Steifigkeit der gesamten Wirbelsäule. Die Behandlung, die hier eingeleitet wurde und einen gewissen Erfolg hatte, besteht in Anwendung von Suspension, Massage und Stützapparaten. Die Röntgenuntersuchung ergibt völliges Intaktsein der Wirbelsäule. Gedacht wurde auch an hysterische Skoliose; doch müßte bei dieser die Verbiegung auszugleichen sein, was hier aber nicht der Fall war.

Davidsohn stellt eine 51jährige Patientin mit Aphonia, respektive Dysphonia spastica und Dyspnoea spastica vor. Beginn vor 30 Jahren plötzlich im Anschluß an starke Blutung nach Abortus. Es traten nachts im Schlafe Anfälle hochgradiger Atemnot, verbunden mit schmerzhaften Krämpfen der Hals- und Gesichtsmuskulatur auf. Danach durch drei Monate aphonisch. Dann besserte sich die Sprache derart, daß sie mit gepreßter Stimme einige Worte hervorbringen konnte; während sieben Jahren, in denen dieser Zustand herrschte, traten nach Anstrengungen aber auch in der Ruhe Anfälle von hochgradigster Atemnot auf; in letzter Zeit verringerten sich diese und zeigen sich jetzt nur bei forcierten Sprechversuchen und auch nach laryngoskopischer Untersuchung. Beim Laryngoskopieren sieht man zunächst bei ruhiger Atmung ein fast normales Bild; sobald man sie auffordert zu phonieren, preßt sie die Glottis zusammen, so daß man von den Stimmbändern nur den hintersten Teil sehen kann. Während des darauf folgenden An-



falles zieht sich die Pharynxmuskulatur zusammen und die Epiglottis wird fest auf den Kehlkopf gepreßt. Diese nicht sehr häufige Affektion (Dysphonia spastica mit Dyspnoea spastica vergesellschaftet) kommt auch isoliert vor, aber noch viel seltener als in kombinierter Form. Was die Ätiologie betrifft, so beruht die Affektion auf Hysterie. Eine spezialistische Nervenuntersuchung hat die Diagnose bestätigt. Es existieren zwei Erklärungsversuche für das Zustandekommen der Symptome, 1. der Semonsche, welcher als Ursache einen Reizzustand des kortikalen Phonationszentrums, und 2. der Gottsteinsche, der eine Parese der Glottiserweiterer annimmt. Vortr. schließt sich auf Grund der Erfahrung, die man durch Anwendung der Narkose gemacht hat, der ersten Anschauung an. Die Prognose dieser Fälle ist schlecht. Die Therapie besteht in Anwendung von Nervina, von Elektrizität, Hypnose usw.

M. Blumenthal stellt einen jungen Mann mit angeborenem Defekt der Fibula vor. Die Verkürzung beträgt $8^1/_2$ *cm*, die vordere Kante der Tibia ist spiralig gebogen, der Malleolus internus ist nach innen zu abgeknickt. Von der Fibula ist nur das untere Drittel zu fühlen und im Röntgenbild zu sehen. Der Fuß steht in Spitzfußstellung, abduziert und proniert, und zeigt einen Mangel des Fußgewölbes. Diese Stellungsveränderung des Fußes hält B. für statisch entstanden.

Lassar zeigt zwei Patienten, die nach Behandlung mit Röntgen- und Radiumstrahlen von Kankroiden der Lippe geheilt sind. Weiters einen Fall von Rhinophrom, geheilt durch kortikale Abschälung; dann einen Mann, der seit mehr als 20 Jahren mit einem Hautleiden behaftet war, das lange Zeit als Fußgeschwür angesehen worden war. Die scharfe Begrenzung von Gesundem und Krankem, die Abwesenheit von Varizen, der käsige, fötide Geruch, all dieses weist auf die Diagnose Lues hin. Die spezifische Therapie brachte dann in kurzer Zeit Heilung zustande.

Hoffmann demonstriert lebende Spirochaetae pallidae mit der Dunkelfeldbeleuchtung bei 1000facher Vergrößerung; man sieht die feine Spirochaete pallida sich in charakteristischer Weise durch das Gesichtsfeld schlängeln, daneben gleichzeitig kleine Körper, darunter auch andere Bakterien. Zum Vergleiche zeigt er die lebende Spirochaete Duttoni, den Erreger der afrikanischen Rekurrens und die Spiroch. gallinarum; deren Bewegungsart ist eine ganz andere wie die der Spirochaete pallida.

V. Literatur.

Die Sterblichkeit an Tuberkulose und Krebs im Jahre 1904 nach Berufen von Magistrats-Oberkommissär Dr. Hecke. Wien 1907. Verlag des Wiener Magistrates.

Eine mit dankenswertem Eifer erfolgte statistische Zusammenstellung der Todesfälle an Tuberkulose, welche die hohe Sterblichkeit der Berufsklasse „Industrie" an verschiedenen Arten der Tuberkulose, der Kinder von Personen der Berufsklasse Industrie an Gehirntuberkulose und der nicht mehr berufstätigen Personen an Krebs erweist. In der Berufsklasse Handel und Verkehr war die Zahl der an Tuberkulose verschiedenen Frauen größer als die der Männer. Solche Berichte wie der vorliegende sollten jährlich erscheinen, damit wir endlich die Statistik der großen Zahlen erlangen.

Landesberg.

Behringwerk-Mitteilungen. Heft 2. Stuttgart-Leipzig. Deutsche Verlagsanstalt. 1907.

Die Anschauung Behrings, daß die Tuberkuloseinfektion bei Neugeborenen nur im Darmwege erfolge, hatte zur Folge, daß er in seinen glänzenden, durch besondere Gründlichkeit sich auszeichnenden Arbeiten sich insbesondere der Prophylaxe der Tuberkulose zuwandte. Dieser eifrigen Tätigkeit verdanken wir die Erfindung des Sufornins, eines aus Wasserstoffsuperoxyd und Formaldehyd bestehenden, zur Unschädlichmachung der Perlsuchtbazillen in der Kuhmilch geeigneten Desinfektionsmittels. Die offizielle Einführung der Kuhmilchkonservierungsmethoden könnte erst nach Änderung der bisher auf Lebensmittelfälschung sich beziehenden Gesetze erfolgen. Für die landwirtschaftliche Praxis gilt ihm als die beste prophylaktische Methode die Bovovakzination, die unschädlich ist und große Erfolge ergeben hat, wenn sie auch von Schütz, Valée, Miessner und anderen verworfen wird, welche Autoren in polemischen Zusätzen Behring aufs heftigste bekämpft. Für die aktive Immunisierung der Menschen empfiehlt Verfasser versuchsweise sein Tulaseaktin, d. i. die durch Emulsionierung resorptionsfähig gemachte Substanz unversehrter Tuberkelbazillen, die durch Behandlung mit Chloralhydrat und anderen Salzen vorbereitet wurden. Gegen die peinlich genau angegebene Verordnungsweise des Tulaseaktins wäre der Einwand zu erheben, daß unsere bisherigen klinischen Erfahrungen mit Tuberkulin gegen das Hervorrufen von Allgemeinreaktionen sprechen, während sie Behring anstrebt. Zum Schlusse der Abhandlung befaßt sich Behring mit der Taurovakzination, einer subkutanen Schutzimpfungsmethode, wobei der Impfstoff durch Hinzufügung eines antituberkulösen Agens stark abgeschwächt ist, während die Bovovakzination die Tuberkelbazillen direkt in die Blutbahn gebracht werden. Alle diese geistreichen Versuche des Verfassers, die Tuberkuloseimmunität zu erzielen, bedürfen noch weiterer Nachprüfungen, wenn auch die Bovovakzination schon einen Ruf hat; jedenfalls ist dieser mühevolle Weg, den Behring einschlägt, der einzig mögliche, um endlich Klarheit in dieser für die Menscheit so wichtigen Frage zu schaffen.

Landesberg.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Bd. VII. Heft 2. Würzburg, A. Stübers Verlag. 1907.

Die moderne Tuberkulinbewegung gewinnt immer mehr Anhänger, wenn auch noch der Allgemeinheit der praktischen Ärzte das Fiasko der ersten Tuberkulinversuche in den Neunzigerjahren als genügender Grund für die Ablehnung dieses vielversprechenden Verfahrens gilt. Seitdem die Einschleichmethode nach Götsch in Verwendung gekommen ist, mehren sich die Berichte über die günstigen Resultate dieser Kuren. Dem Tuberkulinanhänger mußte der jüngste Bericht Professor Hammers an 50 Kranken mit mehrjähriger Kontrolle mit wahrer Genugtuung erfüllen. Das Tuberkulin erwies sich Hammer nicht nur als wirkliches Heilmittel, sondern auch als glänzendes symptomatisches Medikament in Fällen derart vorgeschrittener Tuberkulose, daß ein gänzlicher Heilerfolg im Vorhinein als ausgeschlossen galt. Sogar in den schwersten Fällen ist nach Hammer dieses rationelle Mittel zu versuchen. Hoffentlich werden diesen Mitteilungen noch andere ebenso erfreuliche anderer Kollegen, die über mehrjährige Erfahrungen mit Tuberkulin verfügen, folgen. Leider ist in Österreich das Vertrauen zu Tuberkulin weit geringer und seine Anwendung erfolgt seltener als anderwärts.

Die zweite Abhandlung dieses Bandes, das ist die Arbeit über Phtisis pulmonum und Abortus provocatus, von P. J. de Bruïne Ploos van Amstet, hat für uns Österreicher, die am Vorabende der Neufassung unseres Strafgesetzes stehen, ein besonderes Interesse. Im Anschluß an die Besprechung der internationalen Literatur weist der Verfasser nach, daß die Gravidität, respektive Geburt und Puerperium, ungünstig auf die vorhandene Tuberkulose der Mutter einwirken und daß die Kinder tuberkulöser Mütter für Tuberkulose besonders empfänglich sind. Deshalb ist die fakultative Sterilität zu empfehlen und die eintretende Schwangerschaft zu unterbrechen. Zu diesem Zwecke wäre die Änderung der bestehenden Strafgerichtsbestimmungen zu wünschen.

Landesberg.

VI. Aus der Praxis.

Versuch zur Prophylaxe der Endokarditiden bei Infektionskrankheiten in specie bei Gelenksrheumatismus. Von Dr. Josef Weiss, Sekundararzt des k. k. Allgem. Krankenhauses in Wien. (Allgemeine mediz. Zentralsitzung Nr. 19, 11. Mai 1907.)



Das Pyrenol hat sich bei der Behandlung des Gelenksrheumatismus und anderer rheumatischer Erkrankungen als mildes, aber wirksames Antirheumatikum, bei Pneumonie, Influenza, Bronchitiden, Pertussis und anderen akuten Infektionskrankheiten, sowie bei chronischen katarrhalischen Affektionen der Luftwege als ein ausgezeichnetes Expektorans und bei gleichzeitig herztonisierendem Einfluß als sedativ wirkendes Heilmittel in hohem Maße bewährt.

Für die Pneumonie wies z. B. die Dissertation von Keiner (Berlin 1907) an dem großen Material von 168 Fällen nach, daß im Vergleich zu anderen Mitteln die Mortalität bei Pyrenolgebrauch am geringsten war. Zahlreiche Autoren haben ferner auf die Seltenheit des Auftretens von Endokarditiden bei Masern, Scharlach, Angina, Gelenksrheumatismus unter Pyrenolmedikation hingewiesen.

Gemäß der von R. Koch für die Atoxylwirkung bei der Trypanosomiasis konstatierten Tatsache, daß wenige größere Dosen die Parasiten vernichten, während verzettelte kleine Dosen selbst bei größerer Gesamtgabe unwirksam bleiben, suchte Weiss die aus den oben erwähnten Beobachtungen zu erschließende prophylaktische Wirksamkeit des Pyrenols gegen die die Endokarditis erregenden Bakterien durch größere Einzelgaben planmäßig zu erhöhen. Von wesentlicher Bedeutung war hiebei die Ungiftigkeit des Pyrenols selbst in hohen Dosen und das Fehlen jeder Nierenreizung, so daß Albuminurie keine Kontraindikation für Pyrenolanwendung bildet.

Es läßt sich nicht leugnen, daß die ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichten von akuten hochfieberhaften Gelenksrheumatismen, sowie katarrhalischer Pneumonie, in denen auch die eingangs skizzierten spezifischen Pyrenolwirkungen bestens zum Ausdruck kommen, in der Tat für eine günstige Beeinflussung und Beseitigung der endo- und perikarditischen Erscheinungen sprechen. Diese dokumentierten sich nach Weiss z. B. in systolischem Geräusch, akzentuiertem zweiten Pulmonalton, Verbreiterung der Herzdämpfung und Beklemmungsgefühl: bei einem anderen Fall in Verbreiterung der Dämpfung, zwei Geräuschen an der Spitze, akzentuiertem zweiten Pulmonalton, schabendem Geräusch zwischen Systole und Diastole, Herzklopfen; oder in starkem Schmerz in der Herzgegend, Druckempfindlichkeit derselben, perikardialem Schaben und verstärktem systolischem Geräusch bei einem Patienten mit altem Mitralfehler. In allen beobachteten Fällen gingen diese Symptome der frischen Endokarditis und Perikarditis unter Pyrenolgebrauch rasch zurück und hinterließen keine oder nur geringfügige nachweisbare Folgen.

Es wäre zu wünschen, daß weitere Nachprüfungen eine Bestätigung dieser wichtigen Ergebnisse bringen. Die Dosierung war in einem Falle von Gelenksrheumatismus: vier Tage 6 x 0·5 *g* Pyrenol, sechs Tage 3 x 2·0 *g*, vier Tage 2 x 0·5 *g*, insgesamt 76 *g* Pyrenol.

VII. Notizen.

Die Steuertabelle der Ärztekammer Berlin-Brandenburg enthält bemerkenswerte Angaben über das Einkommen der Ärzte. Die Tabelle zählt 4179 steuerpflichtige wahlberechtigte Ärzte, gegen 4103 im Jahre 1905. Berlin zählt 1961, Charlottenburg 528, Rixdorf 54, Schöneberg 246; die Steuersumme ergibt über eine Million Mark. Danach haben 909 Ärzte ein Einkommen von 900 bis 3000 Mark. Davon in Berlin 449, in Charlottenburg 105, in Rixdorf 20, Schöneberg 71, im übrigen Regierungsbezirk Potsdam 208 und im Regierungsbezirk Frankfurt 56. Ein Einkommen von 3000 bis 5000 Mark haben 712 Ärzte, und von über 5000 Mark 2217 Ärzte, 123 Ärzte sind steuerfrei und bei 218 schwebt die Besteuerung noch. In der höheren Einkommenklasse von über 5000 Mark befinden sich in Berlin 1054 oder 54 Prozent der Berliner Ärzte, in Charlottenburg 325 oder 61½ Prozent der dortigen Ärzte, in Rixdorf 23 oder 42½ Prozent, in Schöneberg 116 oder 47 Prozent. An bedürftige Ärzte gewährte die Ärztekammer im vorigen Jahre aus ihrer Unterstützungskasse 37.675 Mark, davon an Ärzte in Berlin und Vororte 26.550 Mk.

Die Musik der Taubstummen. Eine außerordentlich interessante und bedeutungsvolle Untersuchung hat der Chef des wissenschaftlichen Laboratoriums zu Saint Anne über die korrespondierende Eigenschaft des Wechselstromes mit musikalischen Tönen gemacht und davon ausgehend ein geistvolles Verfahren entdeckt, Musik auf elektromotorischem Wege Taubstummen vernehmbar zu machen. Da der Wechselstrom eine Reihe von Perioden umfaßt, deren Häufigkeit der Schwingungszahl eines bestimmten Tones entspricht, so wird folgerichtig ein hoher Ton, der eine hohe Shhwingungszahl hat, eine rasche Vibration im Induktionsapparat erzeugen, während ein tiefer Ton einen durch längere Perioden unterbrochenen Strom hervorbringt. Es wurde nun ein Apparat konstruiert, der aus einem Phonographen bestand, der auf ein mit Akkumulatoren in Verbindung stehendes Mikrophon einwirkte. Auf die Phonographenwalze war eine Tonleiter übertragen, die beim Abrollen der Walze die Töne auf das Mikrometer übertrug und dadurch einen Wechselstrom erzeugte, dessen Periodenlänge genau der Länge der jeweiligen Tonwellen entsprach. Da außerdem in den Stromkreis ein Schlittenapparat eingeschaltet war, konnte die Stärke des Stroms, der auf dies Muskelsystem einwirkte, genau reguliert werden. Es wurde nun ein Kontakt des Apparates mit der Muskulatur eines Taubstummen hergestellt. Die hohen Töne erzeugten eine schnellere, die tiefen Töne eine langsamere Kontraktion der Muskeln, wodurch der Taubstumme nach kurzer Zeit schon vollständig imstande war, sich die so übermittelten Töne sinnlich vorzustellen, beziehungsweise empfinden zu können und er erhielt aus dem Rhythmus, dem An- und Abschwellen des elektrischen Stromes ein annäherndes Bild der so auf ihn übertragenen und einwirkenden Musik.

Von fabelhaften Honoraren, die amerikanische Ärzte manchmal erhalten, weiß das British Medical Journal zu erzählen. Ganz besonders sind es die Chirurgen, die, wie es scheint, von reichen Patienten jeden Preis verlangen können, den sie sich wünschen. So soll Professor Lorenz für die Behandlung Miß Lolita Armours, als diese Dame sich eine Hüfte ausgerenkt hatte, nicht weniger als 100.000 Mark und die Reisespesen bekommen haben. Als Prinz Ludwig von Battenberg mit seinem Kreuzergeschwader vor einiger Zeit die Vereinigten Staaten besuchte, mußte er die Dienste eines Zahnarztes in Anspruch nehmen, der ihm nachher eine Rechnung über 4000 Mark schickte. Das würde man in unserem altväterlichen Europa wahrscheinlich schon als ein hohes Honorar bezeichnen, ist aber nichts gegen das, was, wie gesagt, die amerikanischen Ärzte sonst verlangen. Von Dr. Browning in Philadelphia erzählt man sich, daß er den Testamentsvollstreckern des Senators Magee, den er in seiner letzten Krankheit behandelte, eine Rechnung über nahe an 800.000 Mark überreichte. Diese Herren baten den Doktor, seine Rechnung doch etwas mehr zu spezifizieren und er erklärte darauf, die Inanspruchnahme seiner Dienste koste in seinem eigenen Bureau 80 Mark die Stunde, außerhalb desselben aber das Doppelte. Senator Magee sei aber mit seiner Behandlung so sehr zufrieden gewesen, daß er freiwillig angeboten habe, das Doppelte dieses Doppelten zu zahlen. Und mit Hilfe aller dieser Multiplikanten komme man schließlich auf die geforderte Summe. Professor Howard Kelly von dem John Hopkins-Hospital in Baltimore bekam 4000 Mark per Tag für die Behandlung der Frau eines reichen Minenbesitzers, und diese Behandlung nahm 21 Tage in Anspruch. Professor A. M' Lane Tiffany aus derselben Stadt erhielt 40.000 Mk. für eine einzige Operation, die er an einem Patienten in einem Hospital in New-York ausführte, und Professor Chambers endlich verlangte und bekam 20.000 Mark für eine Operation an einem Gefängniswärter, der von einem Gefangenen einen Messerstich erhalten. Auch Dr. Parks aus Chicago verlangt, wenn er es bekommen kann, 40.000 Mark für eine einzige Operation. In der Stadt New-York gibt es nach der Berechnung des Verfassers dieses Artikels mindestens vier oder fünf Ärzte, die ausschließlich unter den allerreichsten Leuten praktizieren und die im Jahre mindestens 400.000 Mark an Honoraren bekommen. Fünf oder sechs andere verdienen ungefähr 200.000 bis 250.000 Mark jährlich und ungefähr 200 Ärzte dürften 40.000 bis 160.000 Mark im Jahre an Honoraren einnehmen. Man sieht, im Lande der Dollars ist kein Ding unmöglich.



Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels**. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner**, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Nr. 29. Wien, 20. Juli 1907. **Nr. 29.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Bedeutung der Diätetik in der Balneotherapie.

Von **Dr. Max Hirsch**, Badearzt in Kudowa.

Meine Herren! Die Zeit liegt noch nicht allzuweit zurück, in der es als ein Unrecht angesehen wurde, wenn der Arzt im Kurorte andere Heilmittel in Anwendung brachte, als seine Brunnen und Bäder. Allenfalls durfte er wohl noch bei intermittierenden Erkrankungen und zur Unterstützung der Badekur Arzneien heranziehen. Der rastlose Fortschritt jedoch, den die physikalischen und diätetischen Heilmethoden in den letzten Jahrzehnten gemacht haben und der diese Heilfaktoren modern werden ließ, übte auch auf die Badeorte seinen Einfluß aus. Das Bestreben, modern zu sein, hatte zur Folge, daß in verhältnismäßig kurzer Zeit jeder nennenswerte Kurort sein hydrotherapeutisches und medikomechanisches Institut einrichtete, Massage und Elektrizität als Heilmittel in Anwendung zog, für Gelegenheit zu Sport und Spiel sorgte: kurzum die ganzen physikalischen Heilmethoden seinem ihm von der Natur verliehenen Heilschatz hinzufügte. Alle diese Neuerungen waren leicht einzuführen, indem die Besitzer der Badeorte, sowie sie die Notwendigkeit solcher Institute einsahen, sie aus ihren eigenen Mitteln errichten ließen. Dabei schossen sie vielfach über das Ziel hinaus, indem sie nicht dem berechtigten Streben folgten, ihre natürlichen Kurmittel durch die physikalischen Heilinstitute zu unterstützen, sondern neue Indikationen für ihre Bäder zu schaffen suchten, ein Verfahren, das keineswegs Anerkennung verdient.

Anders und viel schwieriger liegt die Frage bei der Diätetik. Wohl haben die Ärzte, namentlich seit den großartigen Forschungen von v. Liebig, v. Voit und v. Pettenkofer, Rubner, v. Leyden, v. Leube, Kußmaul und anderen den Wert der Diätetik erkannt und geben auch nach Möglichkeit ihren Patienten genaue Diätvorschriften. Aber in den Badeorten zeigt sich nur zu oft, daß die diätetischen Verordnungen des Arztes nicht zur Ausführung gelangen, und doch ist gerade für die Badeorte die Diätetik von eminenter Bedeutung.

Zunächst möchte ich dem eigentlichen Thema die Bemerkung vorausschicken, daß Kisch, Glax u. a. in ihren Lehrbüchern unter „Balneodiätetik" die Lehre von der Anwendung der Bade- und Brunnenkuren, von der Behandlung krankhafter Zustände durch klimatische Einflüsse und schließlich die Lehre von dem hygienischen und psychischen Einfluß der durch den Besuch der Kurorte geänderten Lebensverhältnisse verstehen. Da man indessen heute unter Diätetik nie etwas anderes versteht, als die Lehre von der Ernährung, so wäre es doch wohl empfehlenswert, mit Balneodiätetik die Diätetik in der Balneotherapie, also die Ernährung während der Badekuren zu bezeichnen. Das von den genannten Autoren gebrauchte Wort Balneodiätetik wäre wohl durch „Balneotherapie" zu ersetzen. Ehe jedoch dieser Vorschlag allgemeine Anerkennung findet, wäre es meines Erachtens ratsam, das Wort „Balneodiätetik" gänzlich zu vermeiden.

So wie die Bäderbehandlung in der Balneologie einen Teil der physikalischen Heilmethoden darstellt, gehören die Trinkkuren in das Gebiet der Diätetik, und zwar zählen nach v. Leyden, Kisch, Glax, Heim die Mineralwasserkuren an sich und in Verbindung mit anderen diätetischen Kuren zu den ältesten Heilmethoden. Bei ihnen bilden die chemischen Bestandteile des Brunnens die Hauptsache der Kur, und die Zuführung des Wassers tritt an die zweite Stelle. Von den chemischen Bestandteilen hängen die Indikationen für die Brunnenkuren ab. Wären es aber die uns bekannten Chemikalien allein, die den Wert der Brunnenkur ausmachten, dann könnte man mit demselben Erfolg die Brunnen zuhause trinken lassen. Aber abgesehen davon, daß dem Patienten im Badeorte viele andere Faktoren zugute kommen, wie Entfernung aus seinen täglichen Unruhen und Sorgen, gutes Klima usw., ist man sich im allgemeinen doch darüber einig, daß die Brunnen, an Ort und Stelle getrunken, bessere Erfolge erzielen lassen als zuhause. Ob dabei uns noch unbekannte Chemikalien eine Rolle spielen, muß dahingestellt bleiben. Man hat bis jetzt vom Brunnengeist bis zum Radium vergeblich nach den Ursachen gesucht.

Keine einzige diätetische Kur erfreut sich einer so reichen Erfahrung und einer so präzisen Verordnung wie die Trinkkur in den Bädern. Die Menge und Zahl der Gläser, der Abstand zwischen den Einzelgaben und die Zeit des Trinkens werden genau vorgeschrieben und im allgemeinen auch genau befolgt. Indessen wird auch hierin von den Patienten viel gesündigt, indem einmal aus Bequemlichkeit weniger getrunken wird, als verordnet war; andererseits nehmen die Patienten oft Unmengen von Mineralwasser zu sich, in der Annahme, daß ein Mehr von Zufuhr auch einen größeren Erfolg erzielen läßt. Die größte Leistung auf diesem Gebiete dürfte wohl die von F. A. Hoffmann berichtete Tatsache sein, daß ein Hypochonder bis zu sechs bis acht Litern



Brunnen täglich anstieg, um endlich den gewünschten Erfolg zu erzielen. Gewöhnlich wird indessen diese Übertreibung durch Magen-Darmstörungen, Blasenstörungen und anderes mehr bestraft. Von einigen Brunnen steht es fest, daß sie den Appetit verlegen und ein Gefühl der Schwere im Magendarmkanal veranlassen; von anderen, daß sie den Appetit anregen und die Verdauung erleichtern. Zu den letzteren gehören an erster Stelle die kohlensäurehaltigen Wässer, deren Kohlensäure die schnellere Absonderung der Salzsäure im Magen veranlaßt und dadurch die Verdauung fördert.

Gewöhnlich genügt schon das Plus an zugeführter Flüssigkeit, um eine Änderung der Diät zu veranlassen. Wie viele Menschen gibt es, die tagelang außer ihren flüssigen Mahlzeiten, dem Kaffee und der Suppe, keinen Tropfen Flüssigkeit zu sich nehmen! Bei ihnen ist der Genuß von $^1/_2$ bis 1 Liter Brunnen pro die nicht gleichgültig. Schon aus diesem Grunde muß die Diät während der Badekuren einer Änderung unterliegen und der neuen Flüssigkeitszufuhr Rechnung getragen werden. Aber auch die neueingeführten chemischen Bestandteile des Brunnens sind bei der Aufstellung einer Diät zu berücksichtigen. Für die verschiedenen Kurorte hat sich infolgedessen allmählich eine eigene Diät eingeführt, die größtenteils auf Empirie beruht und durch jahrhundertelange Tradition sanktioniert ist. Meist ist sie schon Allgemeingut der Laien geworden. Von einer solchen für jeden Kurort spezifischen Diät zu reden, ist selbstredend nicht richtig. Es sind denn doch die individuellen Verhältnisse der Patienten zu berücksichtigen. Wenn auch die Grundidee für die Behandlung eines jeden Symptoms die gleiche ist, so ist sie es doch nicht für jeden Kranken. Es erscheint wohl als selbstverständlich, daß man im allgemeinen bei abführenden Wässern eine schlackenreiche Kost vermeidet und sie nur dann empfiehlt, wenn der Darm auf die salinischen Bestandteile schwer oder gar nicht reagiert, um dadurch die Wirkung des Brunnens zu unterstützen; daß man andererseits bei diesen Wässern keine Nahrungsmittel anwendet, die eine stopfende Wirkung ausüben. Indessen können auch hier die Fälle eintreten, daß eine stopfende Diät (Kakao usw.) in Frage kommt, um die laxierende Wirkung des Brunnens zu paralysieren, wenn die abführende Wirkung eine unangenehme Nebenerscheinung ist. Manche von den alten Vorschriften haben dem Fortschritt der wissenschaftlichen Forschung nicht standgehalten und erscheinen uns heute als Kuriositäten. So z. B. daß man bei dem Gebrauche der Eisenquellen und alkalischen Wässer saure Speisen verbot, weil man glaubte, die Aufnahme von Eisen durch Säurezufuhr zu verhindern oder die Wirkung der Alkalien abzustumpfen. Indessen ist der Säuregehalt zu gering, um solche Wirkungen ausüben zu können. In Kreuznach verbot man den Genuß von Kartoffeln aus Angst, das Jod könnte an die Stärke gebunden werden. In Schwalbach ließ man keinen Tee trinken, weil man befürchtete, daß der Tanningehalt des Tees das Eisen fällen würde. In Lippspringe verbot man sogar das Kochsalz aus Gründen, die nicht näher bekannt geworden sind. In Aachen warnte man vor dem Genuß von kohlensauren Tafelwässern, weil sie Kongestionen nach dem Kopf hervorriefen. In salinischen Badeorten verbot man die Butter, vielleicht deshalb, weil den Kranken, die die salinischen Quellen aufsuchten, schon die Fettnahrung an sich nicht dienlich war. Auch heute noch finden wir manche Vorschrift, die auf schwankender Basis beruht, z. B. das Verbot des Obstes bei Eisenwässern. Es dürfte wohl keinem Zweifel unterliegen, daß frisches Obst, unmittelbar nach einem Glas Brunnen genommen, den Magen belästigen wird. Aber da ist nicht die Kombination von Obst und Eisenwasser zu beschuldigen. Auch wenn der Magen mit ganz gewöhnlichem Trinkwasser angefüllt ist — das notabene an seine Verdauungsarbeit auch größere Anforderungen stellt, als man glauben möchte — wird die Verdauung des Obstes auf Schwierigkeiten stoßen. Es wird bei den Brunnenkuren, ebenso wie bei dem gewöhnlichen Wasser, nur darauf ankommen, daß das Obst erst dann genommen werden darf, wenn das Eisenwasser den Magen verlassen hat. Ich hoffe, Ihnen nächstens durch klinische Beobachtung und chemische Untersuchung exakte Beweise für diese Tatsache bringen zu können.

Bis jetzt habe ich bei den Kuren mit Eisenwasser immer Obst, auch rohes Obst, essen lassen, allerdings erst mindestens eine halbe Stunde nach Genuß des Brunnens, und habe keine einzige unangenehme Wirkung gesehen. Aber, meine Herren, wenn ein Vorurteil so festen Fuß gefaßt hat, wie die Furcht vor Obst bei Eisentrinkkuren, dann ist ihm nicht leicht beizukommen. Unter den verbotenen Speisen in den Badeorten zeigt sich im allgemeinen, daß es die schweren, unverdaulichen Speisen waren, die man als kurwidrig be-

Feuilleton.

Die neueren Fortschritte auf dem Gebiete der Mikroskopie unter spezieller Berücksichtigung der Mikrophotographie mit ultraviolettem Licht.

Die Mikrophotographie hat in den letzten Jahren unstreitig hohes Interesse für den Mediziner gewonnen. Sehr interessant sind die Ausführungen P. Martinis (Hamburger naturw. Verein, Sitzung vom 15. Mai), die wir in folgendem wiedergeben:

Die Technik des Mikroskops schaut auf einen Zeitraum von mehr als 300 Jahren zurück; trotzdem haben sich die heute gebräuchlichen Formen mit all ihren Vollkommenheiten erst in den letzten sechzig Jahren herausgebildet. In den vierziger Jahren des vorigen Jahrhunderts gab G. Oberhäuser dem Mikroskopstativ die jetzt übliche Hufeisenform; er vereinfachte dann noch Tubus und Mechanismus der Einstellung und schuf so einen einfachen und handlichen Apparat, der für andere Fabrikanten vorbildlich war. Einen weiteren bedeutungsvollen Fortschritt brachte der von Prof. Appe konstruierte Beleuchtungsapparat, ohne den ein für wissenschaftliche Zwecke bestimmtes Mikroskop heute nicht mehr denkbar ist.

Der italienische Physiker und Astronom G. B. Amici hat durch absichtliche Anhäufung der Aberrationen in den unteren Teilen des Objektivlinsensystems und durch Korrektionen in den oberen es erreicht, daß selbst bei großen Aperturen die Bilder scharf und farbenrein erscheinen. Amici hat auch zuerst die Vergrößerung der Apertur durch Immersionssysteme erstrebt. Aber all diese überaus verdienstlichen Arbeiten waren doch mehr ein Tatonnement als ein Schaffen auf Grund theoretischer Studien. Anders wurde es, als Abbe alle Konstruktionselemente voraus berechnet und zur allgemeinen Benutzung gebracht hatte. Nachdem nun noch durch Zusammenarbeiten der Zeißschen Werkstätte mit dem Jenaer Glaswerke von Schott und Genossen eine große Anzahl neuer Glassorten aufgefunden war, konnten auch die letzten Fehler, die den besten achromatischen Linsen noch anhafteten, beseitigt werden. Das Resultnt dieser Arbeiten war die Einführung der Apochromaten-Objektive und Kompensations-Okulare.

Nach diesem Rückblick auf die Entwicklungsgeschichte des Mikroskops ging der Vortragende zur Erläuterung der neueren Fortschritte über. Abbe und Helmholtz gaben die Erklärung für die spezifische Funktion des Öffnungswinkels und deuteten zugleich auf zwei Wege hin, auf denen ein Fortschritt in der Leistung der Mikroskope zu erreichen war: entweder müsse die Apertur der Systeme vermehrt oder die Wellenlänge des Lichtes vermehrt werden. Nun läßt sich eine Vergrößerung der Apertur durch Benutzung eines Einschlußmediums von hoher Refraktion ermöglichen. Abbe berechnete auch eine homogene Immersion, die die Apertur 1·60 hatte. Als Einbettungsmedium diente Monobromnaphtalin. Sie konnte aber deswegen nicht allgemein eingeführt werden, weil das Monobromnaphthalin organische Gewebe zerstörte. Nur Diatomaceen erwiesen sich dem Monobromnaphthalin



zeichnete. Vielleicht geschah das, um dem Verbot schwerer Speisen einen größeren Nachdruck zu geben.

Daß die kalten Brunnen oft nicht vertragen werden, bedarf wohl nur der Erwähnung. Richtet doch oft genug kaltes Trinkwasser oder kaltes Bier eine wahre Revolution im Magendarmkanal an. Indessen ist nachgewiesen, daß kaltes kohlensäurehaltiges Wasser besser vertragen wird, als gewöhnliches Trinkwasser, wohl weil die Kohlensäure die Blutzirkulation in der Schleimhaut im günstigen Sinne beeinflußt. Wird kalter Brunnen nicht vertragen, dann empfiehlt es sich, ihn gewärmt trinken zu lassen. Das soll man auch tun, wenn die Kohlensäure nicht vertragen wird, indem sie den Magen aufbläht und auf das Herz drückt, da sie durch die vorherige Erwärmung entfernt wird. Genügt die Erwärmung nicht zur Entfernung der Kohlensäure, dann empfiehlt es sich, Natron oder andere die Kohlensäure bindende Chemikalien hinzuzusetzen. Überhaupt ist es ratsam, im Anfang der Kur den Brunnen nur gewärmt zu geben und erst bei allmählicher Erwärmung zum kalten Wasser überzugehen. Die Promenade während des Brunnentrinkens trägt zu seiner Verdanung wesentlich bei. Die Wirkung der gesteigerten Flüssigkeitszufuhr ist in vielen Fällen nicht ohne Bedeutung. Sie regt z. B. die Tätigkeit der Drüsen (Speichel, Leber usw.) an, verstärkt die Diurese usw.; aber sie belastet auch das Herz, indem es die Flüssigkeitsmenge durch das Blutgefäßsystem und durch die Nieren hindurchtreiben muß. Bei Brunnenkuren sei auch noch der durch Erfahrung und durch wissenschaftliche Untersuchung festgestellten Eigenschaft gedacht, daß die in ihnen enthaltenen Chemikalien in unverhältnitmäßig geringerer Menge als bei der gewöhnlichen Arzneiverordnung gute Wirkungen erzielen. So wirken minimale Mengen von Arsen und namentlich Eisen so, als ob man ex officina große Mengen gegeben hätte.

Aber auch die eigentliche Diätetik, d. h. die Ernährung mit den üblichen Nahrungsmitteln und ihre Modifikation für therapeutische Zwecke ist im Badeort von wesentlicher Bedeutung. Fast jeder Patient, der an einer chronischen Krankheit leidet, muß eine besondere Diät innehalten, die ihm vom Arzte vorgeschrieben ist. Im Publikum hat auch die Diätetik schon so feste Wurzeln gefaßt, daß es vom Arzte diätetische Vorschriften direkt verlangt. Da die Besucher der Bäder zum weitaus größten Teil mit chronischen Leiden behaftete Patienten sind, ist es erklärlich, daß zu den ersten und wichtigsten Anordnungen, die der Badearzt zu geben hat, die Diätvorschrift gehört.

Der Patient, der sein Haus verläßt, um im Bade eine gänzlich veränderte Umgebung vorzufinden, hat in der ersten Zeit viel Mühe, sich den neuen Verhältnissen anzupassen, so daß Gilbert die ersten Tage des Badeaufenthalts nicht für die Kur, sondern für die Akklimatisation verwendet. Viel Mühe macht namentlich die Gewöhnung an die neue Küche, besonders wenn der Patient aus einer anderen Gegend stammt und sich mit den Eigenarten der Kochkunst in dem neuen Aufenthaltsorte vertraut machen muß. Und doch sind es gerade die Ernährungsverhältnisse, die einen wesentlichen Einfluß auf das Allgemeinbefinden des Patienten ausüben. Das Allgemeinbefinden aber muß möglichst gut sein, wenn man mit der Badekur einen Erfolg erzielen will. Verläßt doch der Patient oft genug nur darum sein Haus, um den täglichen Widerwärtigkeiten aus dem Wege zu gehen, nicht aber, um sie gegen neue Unannehmlichkeiten einzutauschen.

(Schluß folgt.)

Die Behandlung der Appendizitis.

Von **Dr. Max Cohn**, Berlin.

(Schluß.)

Es ist klar, daß unser therapeutisches Handeln dann nicht mehr auf den Ausgangspunkt der Erkrankung Rücksicht zu nehmen hat, sondern auf die nun bestehende Lokalisation. Es kann auch vorkommen, daß ein entzündlicher Prozeß des Darmes gerade in der Blinddarmgegend stürmische Erscheinungen hervorruft; Verwechslungen mit Typhus sind vorgekommen. Hat doch erst Sonnenburg kürzlich ein Krankheitsbild beobachtet, wo ein akuter Magendarmkatarrh, der wahrscheinlich mit einer Influenza zusammenhing, so heftige Erscheinungen in der rechten Bauchseite hervorrief, daß eine sofortige Blinddarmoperation vorgenommen wurde, die natürlich nicht von dem gewünschten Erfolge begleitet war und nicht eher zur Heilung führte, als der ganze Magendarmkanal von seinem infektiösen Inhalt befreit worden war.

Verwechslungen mit Gallensteinleiden treten selten ein; Nierensteinkoliken können natürlich Krankheitserscheinungen

---

gegenüber als widerstandsfähig genug. So war man also zuletzt auf den anderen Weg, auf die Verminderung der Wellenlänge des Lichts, verwiesen. Bedingung hiebei ist, nur Licht von einer bestimmten Wellenlänge zu benutzen, damit nicht das den größeren Wellenlängen entsprechende Bild das vom kurzwelligen Lichte gebildete überdecke.

Da gelang es nun Dr. Köhler, dem wissenschaftlichen Mitarbeiter der Firma Zeiß, ultraviolettes, für das Auge nicht wahrnehmbares Licht zu isolieren und zur Anwendung zu bringen. Hiezu bedurfte es eines besonderen Beleuchtungsapparates, einer eigenartigen optischen Ausrüstung des eigentlichen Mikroskops, einer Vorrichtung zum Beobachten der an und für sich unsichtbaren Bilder und einer mikrophotographischen Kamera. An einer Reihe von Diapositiven erläuterte der Vortragende die Konstruktion des ganzen Apparates.

Lichtstrahlen, die von einem zwischen Kadmium- oder Magnesiumelektroden überspringenden Funkenstrome ausgehen, werden durch einen Beleuchtungsapparat aus Bergkristalllinsen und Prismen zerlegt und die zur Anwendung kommenden Strahlen (von der Wellenlänge 0,000·275 bezw. 0.000·280 Millimeter) durch eine Irisblende abgesondert und durch einen Kondensor dem Objekte zugeführt. Dieses liegt zwischen einem aus Bergkristall hergestellten Träger und einem Deckplättchen aus geschmolzenem Quarz. Als Einschlußmittel dienen Wasser, physiologische Kochsalzlösung, Glyzerin und Vaselinlösung. Die Objektive bestehen aus geschmolzenem Quarz, die Okulare aus Bergkristall. Zur Beobachtung und Einstellung des Bildes wird ein zweckmäßig konstruierter „Sucher“ benutzt. Erscheint auf ihm das Bild, so wird an seine Stelle die Kamera gebracht. Die Fixierung des Bildes geschieht dann auf der photographischen Platte. Das Auflösungsvermögen wird durch diese Einrichtung auf das Doppelte erhöht. Bei vielen organischen Präparaten macht sich weiter in diesem Mikroskope eine scharfe Differenzierung deshalb bemerkbar, weil manche ihrer Bestandteile für ultraviolette Strahlen undurchlässig sind. So bietet also die Anwendung von Strahlen sehr kurzer Wellenlänge mehr als ein Mittel, den komplizierten Bau der organisierten Materie genauer kennen zu lernen, als es bis dahin möglich war.

Von anderen Fortschritten auf dem Gebiete der Mikroskopie verdient noch besondere Erwähnung der nach Angabe von Siedentopf konstruierte und vom Vortragenden vorgeführte Apparat zur Sichtbarmachung ultramikroskopischer Teilchen. Weiter wies der Vortragende auf eine bedeutende Verbesserung der Dunkelfeldbeleuchtung hin, die es gestattet, bei Anwendung von Gasglühlicht oder Spirituslicht als Lichtquelle selbst mit den stärksten Trockensystemen Beobachtungen anzustellen. Besonders geeignet ist diese Methode zur Beobachtung und Sichtung lebenden Materials.

Sodann demonstrierte der Vortragende noch ein neues physikalisch-chemisches Mikroskop, dessen außerordentliche Vervollkommnung gegenüber älteren Konstruktionen darin besteht, daß man stark erwärmte Präparate bis zur Temperaturgrenze von 700—800° hinauf gut beobachten kann. Veranlassung zu seiner Konstruktion gab die Untersuchung O. Lehmanns über scheinbar lebende Kristalle; zu deren Studium benötigte er eines exakt funktionierenden Mikroskops, dessen Bau die Firma Zeiß übernahm. J. N.

hervorrufen, die dem Bilde der akuten Appendizitis ähnlich sehen. Die Lage des Wurmfortsatzes ist ja eine so verschiedene, daß schon dadurch die mannigfaltigsten Lokalisationen subjektiven und objektiven Schmerzgefühls hervorgerufen werden können.

Eine Erkrankung, die mit allgemeinen Vergiftungserscheinungen häufig einhergeht, kann natürlich vielfach Komplikationen hervorrufen. Es kann Giftstoff in die Gefäße gelangen, von da in andere Körperregionen verschleppt werden und dort neue Krankheitserscheinungen auslösen. Ist ein akuter Appendizitisanfall abgeklungen und stellt sich nach Wochen noch eine Embolie der Lungenarterie ein, so werden wir nicht fehl gehen, wenn wir diese Erkrankung mit der vorangegangenen in ursächlichen Zusammenhang bringen. Selten kommt es auch vor, daß infektiöse Thromben ins Pfortadergebiet gelangen und von da aus Abszeßbildungen, meist multiplexer Natur, in der Leber hervorrufen.

Sie sehen daraus, ein wieviel gestaltiges Krankheitsbild das der akuten Appendizitis sein kann und wie kompliziert daraus die Indikationen im einzelnen Falle werden können. Sind Sie bei der akuten Appendizitis oft gezwungen, binnen wenigen Minuten zu einem Entschluß zu kommen, ob ein sofortiger operativer Eingriff zu bewerkstelligen ist, so haben Sie bei den chronischen Formen der Blinddarmentzündung Zeit zu überlegen, welche Chancen die Operation bietet; ob man bald operieren soll oder ob es angezeigt ist, erst andere therapeutische Maßnahmen vorzunehmen.

Handelt es sich um einen Patienten, der einen schweren Anfall durchgemacht hat, den Sie nicht selbst beobachtet haben und der nach Monaten noch lästige Beschwerden zurückbehalten hat, so werden Sie nicht zaudern, einen derartigen Patienten im freien Intervall operieren zu lassen. Wodurch jene Beschwerden hervorgerufen werden, kann oft erst durch die Operation klargestellt werden. Es können Verwachsungen sein, die bei der steten Bewegung des Darmes gezerrt werden; es können Entzündungserscheinungen sein, die im Wurmfortsatz selbst sitzen. Es kann schließlich eine Verengerung im Verlaufe des Appendix vorhanden sein, hinter der sich eine Eiteransammlung befindet. Nicht immer aber ist es nötig, daß der anatomische Befund den geklagten Beschwerden kongruent ist. Gibt es doch Fälle, wo keine besonderen Verwachsungen gefunden werden, wo auch makroskopisch die Schleimhaut des Wurmfortsatzes keine Veränderung aufweist und sich nur im mikroskopischen Bilde die Zeichen vorangegangener Entzündungen zeigen, und doch wird der Patient in seinem Wohlbefinden so gestört, daß er mit Freuden in eine Operation willigt und durch dieselbe auch aller Beschwerden enthoben werden kann.

Freilich gibt es auch Fälle, wo die Operation nach einem oder mehreren Anfällen nicht den erwarteten Erfolg bringt. Dann bilden sich nach der Operation neue Verwachsungen, die die Beschwerden hervorrufen, oder aber es hat sich nicht bloß um eine Entzündung des Wurmfortsatzes, sondern auch um einen der angrenzenden Darmteile gehandelt.

Oft wird die Frage erörtert, ob nach dem ersten oder erst nach mehreren Anfällen im freien Intervall operiert werden soll. Die Beantwortung dieser Frage wird in verschiedenem Sinne gelöst werden, nach der Schwere des vorgegangenen Anfalls, nach der Zeit, die seit dem Anfalle verstrichen ist und wieder, wie schon eingangs erwähnt, ob es sich um Erwachsene oder um Kinder handelt. Bei Kindern sollte man nicht zaudern, schon nach dem ersten Anfalle operieren zu lassen, da eine neue Erkrankung stets höchste Gefahr mit sich bringt.

Wie steht es nun mit der Frage, ob die Schwere der Erkrankung in den letzten Jahren zugenommen hat?

Ich glaube, daß gerade das Urteil derjenigen, die diese Ansicht verfechten, am wenigsten stichhältig ist. Die Verfechter dieses Urteils nämlich sind die sogenannten Frühoperateure, welche sagen, daß man in einem bestimmten Falle nie voraussagen kann, wie die Krankheit verlaufen wird. Sie operieren sofort, finden ein eitriges Exsudat und einen schwer erkrankten Wurmfortsatz. Trotzdem braucht der Schluß, daß dieser Fall zu denjenigen gehört hätte, der, wenn nicht operiert, gestorben wäre, nicht richtig zu sein.

Operateure wie Sonnenburg, der sich nicht dieser Richtung angeschlossen hat, haben bei ihrem Verhalten keine Verschlechterung der Statistik konstatieren können. Daher scheint mir die Beobachtung der schweren Erkrankungsfälle der Frühoperateure nur darzutun, daß sehr viele solcher Fälle, die anatomisch schwere Veränderungen im ersten Anfall aufweisen, doch in das Stadium der Intervall-Operationen übergeführt werden können und dann eben nur die geringen Veränderungen aufweisen, wie ich sie vorher beschrieben habe.

Ich habe der operativen Behandlung der Blinddarmentzündung in diesem Vortrage die erste Stelle und einen breiten Raum zugewiesen. Sie werden daraus erkennen, daß in überwiegender Zahl der Fälle die Frage der Operation an uns herantreten wird. Immerhin möchte ich nicht verfehlen, noch einiges über die interne Therapie hinzuzufügen:

Während noch im Ausgang des vorigen Jahrhunderts die Ruhigstellung des Darmes durch Opium eine hervorragende Rolle in der Behandlung der Appendizitis gespielt hat, ist man in letzter Zeit geneigt, dieses Medikament möglichst fernzuhalten und an seine Stelle das Morphium zu setzen. Es ist sicher, daß durch größere Dosen Opium außer der schmerzstillenden Wirkung eine Lähmung des Darmes hervorgerufen wird, die das Abdomen binnen kurzem auftreibt und die Schwere des Krankheitsbildes verdeckt, weil ein wichtiges Symptom, die Druckempfindlichkeit, nicht mehr zu prüfen ist.

Ich würde Ihnen daher raten, beim akuten Anfall, bei dem Sie eine Operation fürs erste nicht für indiziert erachten, eine Eisblase aufzulegen und falls es die Schmerzen erheischen, kleine Dosen von Morph. subkutan zu geben. Bei einem Krankheitsbilde, mit dem Übelkeiten und Erbrechen verbunden sind, ist es wohl selbstverständlich, daß die Ernährung per os möglichst eingeschränkt wird. Man wird zuerst gar nichts geben, dann vielleicht etwas Tee und erst, wenn die akuten Erscheinungen vorübergegangen sind, kann man zu Suppen und Weißbrot übergehen.

Wie steht es mit der internen Therapie bei chronischen Fällen?

Wenn Sie sich klarmachen, wodurch diese chronischen Beschwerden hervorgerufen werden, so werden Sie zu einem gewissen Skeptizismus in der Bewertung der internen Behandlung gelangen. Kann sich ein Patient nach einem vorangegangenen Anfall nicht sofort zur Operation entschließen, so wird man ihn vielleicht nach Kissingen schicken und kann, wenn es sich nicht nur um einen entzündlichen Prozeß im Wurmfortsatz, sondern mehr um eine Lokalisierung eines allgemeinen Darmkatarrhs gehandelt hat, einigen Erfolg von einer dortigen Kur erwarten.

Soll man einen Appendizitis-Kranken massieren?

Selbstverständlich sind derartige Maßnahmen im akuten und subakuten Stadium zu verwerfen. Es ist doch klar, was für ein gefährliches Spiel es ist, energische Massage zu üben bei einem Patienten, von dem man nicht weiß, ob er in der Tiefe noch einen virulenten Eiterherd hat, der eventuell in die freie Bauchhöhle durchbricht und dadurch eine allgemeine tödliche Bauchfellentzündung hervorruft.

Anders liegen die Verhältnisse, wenn es sich um chronische Beschwerden handelt, die ausgelöst werden durch alte Verwachsungen, oder die ausgelöst werden durch einen chronischen Darmkatarrh. Hier wird die Massage in seltenen Fällen gewiß denselben Erfolg haben, den sie auch bei anderen chronischen Erkrankungen der Bauchorgane haben kann.



Was zum Schluß noch die Diät anlangt, so wird man kaum glauben können, daß man durch eine bestimmte Ernährung eine Blinddarmentzündung verhüten oder eine chronische zur Heilung bringen kann. Natürlich wird ein Patient, der einen akuten Anfall durchgemacht hat, längere Zeit auf eine blande, reizlose Kost zu stellen sein, damit nicht eventuell durch eine Reizung des Magendarmkanals oder durch eine Infektion desselben eine neue Gefahr ausgelöst wird.

III. Referate.

Die Syphilis des Mundes. Von Dr. Fritz Porges.

In der Mundhöhle kommen alle Stationen der Syphilis, sowohl der Primäraffekt als auch die verschiedenen Stadien der sekundären Lues, dann oft gummöse Prozesse, die sich in der Mundhöhle lokalisieren und hier zu schweren, irriparablen Zerstörungen führen können, vor.

Was vor allem den Primäraffekt anbetrifft, bildet die Mundhöhle nach dem Genitale die häufigste Eingangspforte für Syphilis. Nach Bukley figurieren die Sklerosen der Mundhöhle mit 1992 Fällen (unter 9058 extragenitalen Sklerosen). Pospelow fand von 198 extragenitalen Sklerosen 49 Fälle als Lippensklerosen. Bloch fand unter 1540 Sklerosen der Pickschen Klinik 65 extragenitale, von denen 44 in der Mundhöhle lokalisiert waren.

Bukley teilt die extragenitale Syphilis in eine Syphilis oeconomica, brephotrophica und technica ein, je nachdem sie im häuslichen Verkehr, bei der Kinderpflege oder im gewerblichen Betrieb akquiriert wurde. Sie wird im häuslichen Verkehr unmittelbar durch Kuß, weiters mittelbar durch gemeinsame Gebrauchsgegenstände, wie Trinkgläser, Pfeifen usw. übertragen, bei der Kinderpflege durch die Unsitte der Pflegerinnen, den Löffel bei der Fütterung in den eigenen Mund zu nehmen, wobei in einem Falle ein syphilitisches Kind die Pflegerin, in einem anderen Falle die mit Lues behaftete Pflegerin das Kind infizieren kann. Der häufigste Übertragungsmodus ist die Infektion des Kindes durch eine syphilitische Amme beim Stillen. Im technischen Betriebe sind die Endemien bei Glasbläsern durch Benützung derselben Glaspfeife, die der Tapezierer (sie halten die Nägel im Mund, um dann die ungebrauchten wieder zurückzulegen), bekannt.

Was die Lokalisation der Primäraffekte in der Mundhöhle selbst betrifft, so sitzen sie in den meisten Fällen an den Lippen, und zwar vorwiegend an der Oberlippe, der Zungenspitze und den Tonsillen. Seltener ist die Lokalisation an der Wangenschleimhaut und Gingiva.

Sklerosen an den Lippen sind schwer zu verkennen. Sie geben im ausgebildeten Stadium ein so typisches Krankheitsbild, daß es, einmal gesehen, nicht vergessen werden kann. Im Beginn seiner Entwicklung stellt sich die Sklerose als leichter Epitheldefekt dar, der sich bald mit einem wallartigen harten Rand umgibt und eine glänzende, lackfarbene Oberfläche zeigt. Kommt es dann infolge von Mischinfektion mit Eitererregern zur Ulzeration, wird die Sklerose knorpelhart, die Lippe wird ödematös, die Schwellung nimmt oft derartig vor, daß die Lippe rüsselfürmig vorspringt, was im Verein mit der oft bedeutenden Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen das oben besprochene typische Bild der Sklerose gibt.

An der Zunge sind die Primäraflekte seltener und meist schwieriger zu diagnostizieren. Sie sitzen gewöhnlich an der Zungenspitze als kreisrunde Geschwüre mit wallartigem Rand.

Die Sklerosen des Zahnfleisches sind gewöhnlich auf Gebrauch infizierter Zahnstocher und Zahnbürsten zurückzuführen; sie können aber ebenso durch Eingriffe mit luetisch infizierten Instrumenten hervorgerufen werden. Sie sind nicht gar zu selten. Bukley fand unter 9058 extragenitalen Sklerosen 42 Initialeffekte der Gingiva. Finger hat weitere 30 Fälle in der Literatur gesammelt, so daß die publizierten Fälle von Zahnfleischsklerosen die Zahl 72 erreichen. Der Sitz der Initialaffekte ist meist das Zahnfleisch des Oberkiefers, und zwar dessen Vorderseite. Finger beschreibt die Infektion als runde oder ovale Geschwüre, welche das Zahnfleisch entsprechend der Breite zweier oder dreier Zähne einnehmen, sich nach vornezu auf die Lippenschleimhaut, nach rückwärts zwischen den Zähnen durch auf die rückwärtige Seite das Zahnfleisches erstrecken. Die Zähne sind in ihrer Stabilität meist nicht geschädigt. Nach anderen, z. B. Neumann, sind die Geschwüre keilförmig, tief dunkelrot, von einem aufgeworfenen Rand umgeben. Neben diesen mehr oder minder typischen Formen findet man Fälle, die nur einfache induzierte Erosionen darstellen. In solchen Fällen wird die Diagnose nicht immer möglich sein und nur das lange, hartnäckige Fortbestehen einer geschwürigen Affektion wird den Verdacht auf Sklerose aufkommen lassen. Die beinahe niemals fehlende, oft kolossale indolente Schwellung der regionären Lymphdrüsen wird in zweifelhaften Fällen die Diagnose sichern.

Äußerst selten sind die Sklerosen der Wangenschleimhaut und des Gaumens; sie charakterisieren sich durch ihre Härte und die begleitende Drüsenschwellung. Die Diagnose der Tonsillarschanker stößt oft auf große Schwierigkeiten, indem das Krankheitsbild akute Tonsilitis vortäuschen kann.

Die sekundäre Lues lokalisiert sich nächst der Haut am häufigsten an den Schleimhäuten und speziell an der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle.

Die ersten Symptome der konstitutionellen Syphilis sind Erscheinungen im Munde und Rachen. Sie sind oft Vorläufer der kutanen Erkrankung, werden aber, da sie nichts für Lues Charakteristisches haben, meist er mit diesen zugleich diagnostiziert. Sie stellen sich in ihrer leichtesten Form als scharfbegrenzte Rötungen der Gaumenbögen und des weichen Gaumens dar, die mit leichter Schwellung des Gewebes einhergehen und können nach wenigen Tagen wieder vollkommen abklingen. Infolge von Irritationen jedoch kann es zu weiterer Steigerung des Prozesses kommen, in dessen Verlauf die Follikel stark anschwellen, Erosionen und Rhagaden sich bilden, die den Patienten sehr belästigen.

Am Boden dieser Erosionen sehen wir dann manchmal direkt das Auftreten von Plaques, den typischen Produkten der Schleimhautsyphilis. Sie sind so eigenartig, daß sie mit keiner anderen Affektion verwechselt werden können. Das Besondere und Typische einer jeden syphilitischen Effloreszenz ist das scharf umschriebene Infiltrat ohne sichtbare Reaktion der Umgebung. Die Pl. opalines haben neben diesem Symptom eine besondere Oberflächenveränderung aufzuweisen. Die Schleimhaut ist perlgrau oder milchweiß verfärbt, mattglänzend. Ihr Aussehen wird treffend mit dem Ätzschorf einer schwachen Lapislösung verglichen. Es sieht aus, als ob gerade nur der Schleim gefällt worden wäre. Aus den Plaques muqueses entstehen exulzerierte Papeln. Ihr Lieblingssitz sind die Tonsillen, dann die Lippen und die Zunge. Minder häufig finden wir sie an der Gingiva, hier meist am Übergang in die Lippenschleimhaut, meist am Lippenbändchen. Sie stellen sich als runde Geschwürchen dar, mit scharfem Rand, der deutlich von einem noch epithelisierten Infiltrationswall umgeben ist. Sie sind meist schmutziggrau belegt, bluten leicht bei Berührung, machen jedoch verhältnismäßig geringe Beschwerden.

Was die luetischen Erkrankungen der Zunge betrifft, so sehen wir oft umschrieben Flecke von tiefroter Farbe, in deren Bereich die Zunge glatt, glänzend, wie rasiert erscheint, die Schleimhaut hat tatsächlich im Bereiche dieser Infiltration ihre filiformen Anhänge eingebüßt. Die Affektion ist sehr hartnäckig und hat große Tendenz zu rezidivieren. Nicht zu verwechseln sind diese Flecke mit einer meist, bei jugendlichen Individuen beobachteten Erscheinung, die sich im Gegensatze zu der lange andauernden Konstanz der Plaques lisses durch kolossale Flüchtigkeit und Veränderlichkeit auszeichnet (Lingua geographica).

Eine weitere Erkrankung der Zunge sind die raghadiformen Papeln; kleine Fissuren und Risse am Zungenrande, in deren Tiefe hartnäckige Geschwürchen sitzen.

Tertiäre Erscheinungen der Lues treten zwei bis drei Jahre nach der Infektion auf, nicht selten aber erst lange



Zeit später, 15—20 Jahre nach Auftreten des Initialaffektes. Die Eigentümlichkeit der Produkte der tertiären Syphilis eitrig einzuschmelzen und zu tiefgreifender Geschwürsbildung zu führen, macht dieselbe oft zu schweren Erkrankungen, welche zu großen Defekten im muskulösen oder knöchernen Teil der Mundhöhle führen können.

Unter den Gebilden der Mundhöhle ist die Zunge am häufigsten der Sitz von gummösen Erkrankungen, eine weitere Lieblingsstelle ist der weiche und harte Gaumen, seltener sind die Lippen von gummösen Erkrankungen getroffen. Wir unterscheiden im ganzen zweierlei Formen der gummösen Erkrankung, die knotenbildende und die interstitielle Entzündung. Die erstere charakterisiert sich durch das Auftreten einzelner oder multipler Knoten, die meist zur Geschwürsbildung führen, indem der Knoten zentral erweicht und nach außen durchbricht. Wir finden dann die typischen gummösen Geschwüre, scharfrandig, leicht unterminiert, speckig belegt. Bei Einleitung einer spezifischen Behandlung (Jod) heilen diese Affektionen meist ziemlich rasch. In anderen Fällen, sei es, daß es an spezifischer Behandlung mangelte, sei es aus anderen Gründen, trotzen die Geschwüre jeder Therapie, sie nehmen an Umfang und Tiefe zu, führen speziell am Gaumen zu schwersten Destruktionen sowie Defekten; in einigen schwersten Fällen haben sie ganze Teile des weichen und harten Gaumens eliminiert. Die interstitielle Entzündung lokalisiert sich meist an den Lippen und der Zunge, sie führt zu einer langdauernden sklerosierenden Entzündung, welche sich allmählich in derbe Bindegewebsschwielen verwandelt. An der Zunge kommt es durch Narbenzug oft zu tief einschneidenden Furchen, an den Lippen zu derber Wulstung, an ihrer Oberfläche zu rezidivierender Geschwürsbildung.

Naheliegend ist die Verwechslung des Primäraffektes einerseits mit dem Karzinom, andererseits mit dem Gumma.

Das Typische beim Primäraffekt ist die bedeutende Härte, die glatte, glänzende Oberfläche, die meist bedeutende Drüsenschwellung, die beim Gumma immer fehlt oder sehr gering ist, während beim Karzinom die Drüsen kleiner und weniger hart anzufühlen sind. Das Karzinom zeigt uns eine zerklüftete Oberfläche, beim Gumma sind die Ränder scharf und etwas unterminiert, entsprechend seiner Entstehung aus einem zentral erweichten Knoten. In zweifelhaften Fällen wird die Probeexzision Aufklärung geben. Die Produkte der Sekundärperiode bieten manchmal diagnostische Schwierigkeiten, indem sie abzugrenzen sind gegen Erscheinungen der Stomatitis mercurialis und apthosa. Die Stomatitis mercurialis zeigt vor allem starke Entzündung und Schwellung des Zahnfleisches sowie der Schleimhaut der Wangen und Zunge. Die stomatischen Geschwüre sind schmutziggrau belegt, nicht scharf umschrieben, zeigen einen entzündlichen Reaktionshof und sind immens schmerzhaft. Ihr Lieblingssitz ist das Zahnfleisch, speziell die Lunula, sowie die Wangenschleimhaut im Bereiche der Molaren. Charakteristisch ist der ganz spezifische, oft abstoßende Fötor ex ore.

Die Effloreszenzen der Stomatitis aphthosa, die Aphthen, ähneln in manchen Fällen sehr den Plaques muqueuses, doch wird auch hier die bedeutende Schwerzhaftigkeit, die relative Rötung der Umgebung vor Irrtümern bewahren. (Österr. Zeitschrift für Stomatologie Nr. 2, 1907.)

*

Über weibliche Sterilität. Von Dr. R. Schaffer.

Weibliche Sterilität kann bedingt sein: Durch zu enges oder zu straffes Hymen. Allerdings muß von vornherein gesagt werden, daß, wenn die erforderliche Brutalität oder der nötige impetus coeundi auf seiten des Mannes vorhanden ist, kein Hymen eng und straff genug ist, um die immissio penis zu verhindern. Aus den zahlreichen Fällen von Strupum kleiner Mädchen ist diese Tatsache klar erwiesen. In der Wirklichkeit aber werden im Beginn der Ehe die ersten Kohabitationsversuche meist mit einer gewissen Schonung unternommen. Fallen dieselben infolge angeborener Rigidität des Hymens erfolglos aus, so stellt sich bald eine Rötung, erhöhte Empfindlichkeit, Reizung, Katarrh, Entzündung und kleine Einrisse am Vestibulum ein, welche bei immer erneuten Versuchen stets zunehmen und schmerzhafter werden. Diese kleinen schmerzhaften Fissuren führen reflektorisch zu einem Krampf des Constrictor Cunni und der gesamten Scheiden- und kleinen Beckenmuskulatur; der Vaginismus ist fertig. Jetzt wird auch die leiseste Berührung der äußeren Geschlechtsteile als unerträglicher Schmerz empfunden, selbst das Einführen eines Scheidenspülrohres wird unmöglich. Der bloße Gedanke der Berührung ruft bei der Frau die heftigsten Angstvorstellungen hervor. Das hier geschilderte Bild ist außerordentlich typisch und wird fast in jedem einzelnen Falle genau so wiedergefunden. Eine Kohabitation ist dann vollständig ausgeschlossen.

Die Behandlung bestehlt nun nicht nur in einem Spalten des Hymens; das hätte gar keinen Zweck, sondern es muß die Scheiden-Dammuskulatur einseitig oder doppelseitig eingeschnitten und der Schnitt in umgekehrter Richtung vereinigt werden, damit eine dauernde Erweiterung resultiert. Tiefste Narkose ist hiezu notwendig, da die Empfindlichkeit dieser Teile bei solchen Frauen eine ungewöhnlich große ist. Außerdem muß die Vagina gewöhnt werden, einen fremden Körper zu ertragen. Zu diesem Zwecke kann man die von Olshausen angegebenen Vaginaldilatatoren benutzen. Ich pflege ein Milchglasspekulum einzuführen, welches durch eine umgebundene Menstruationsbinde in der Vagina für einige Stunden festgehalten wird, und welches man in steigenden Nummern mehrere Tage lang anwendet. Zwischendurch werden warme Spülungen reichlich gemacht. Der Erfolg ist ein ausgezeichneter und die Dankbarkeit der Kranken eine sehr große.

2. Ein weiteres Hindernis kann die Konzeption an der Verengerung des äußeren Muttermundes finden. Während das orificium externum bei Nulliparen gewöhnlich einen quergestellten Schlitz darstellt, sieht man nicht selten statt dessen ein punktförmiges Grübchen, welches bisweilen nur der feinsten Sonde den Durchgang gestattet. Nun läßt sich allerdings einwenden, daß, wenn überhaupt eine Sonde eingeführt werden kann, dann auch die mikroskopisch kleinen Spermatozoen hindurchdringen können. Dieser theoretisch wohl berechtigte Einwand ist auch erhoben worden, als Herr Jaquet in der Gynäkologischen Gesellschaft zu Berlin vor einigen Jahren seine Methode zur Erweiterung des äußeren Muttermundes vortrug. Immerhin waren seine Erfolge hinsichtlich der Beseitigung langjähriger Sterilität in über 100 Fällen so gute, daß man auf solche theoretischen Bedenken sich nicht zu sehr versteifen darf. Ganz von der Hand zu weisen ist jedenfalls die Vorstellung nicht, daß der schlitzförmige, mehr klaffende Muttermund mit der Spermalache in innigere Berührung tritt als das punktförmige Grübchen. Auch die spitze, konische Gestalt der Portio, die sich im letzteren Falle häufig findet, mag eine gewisse Erschwerung bedeuten. Nach anfänglichem Zögern habe auch ich die kleine Operation öfters angewandt und in einigen Fällen so überraschende Erfolge gesehen, daß ich sie — geeignetenfalls — immer wieder versuchen werde.

Der Eingriff selbst — Diszisio genannt — besteht in einer etwas modifizierten Art der Portioamputation.

3. Auch eine einfache Verengerung des Zervikalkanals kann Sterilität bedingen. Diese Verengerung braucht gar keine hochgradige zu sein und kann nur durch festes Aneinanderliegen der Schleimhautfalten entstanden sein. Olshausen hat ein sehr einfaches Mittel dagegen empfohlen, die Sondierung, und berichtet, daß er in nicht seltenen Fällen nach einmaliger Sondierung hat Konzeption eintreten sehen. Auch ich selbst habe vor wenigen Wochen einen sehr charakteristischen Fall dieser Art erlebt.

4. Viel häufiger als die beiden letztgenannten Stenosen ist die Verengerung des inneren Muttermundes. Sie findet sich häufig angeboren, z. B. bei der spitzwinkeligen Anteflexion; sie ist aber häufig auch sekundär auf Basis einer Endometritis entstanden, indem die Schwellung der Uterusschleimhaut den inneren Muttermund verengt und verlegt.



Ohne hier auf das weite Gebiet der Endometritis näher einzugehen, sei — unter Außerachtlassung der gleich zu besprechenden gonorrhoischen Ursache — nur auf eine Form des Gebärmutterschleimhautkatarrhs, der dysmenorrhoischen Endometritis, schlankweg Dysmenorrhoe genannt, hingewiesen. Die in der Virginität nämlich bereits entstehende Dysmenorrhoe heilt zwar in vielen Fällen in der Ehe unter dem Einfluß des Geschlechtsverkehrs glatt aus; wegen der außerordentlichen Häufigkeit dieses Leidens bekommt man aber nicht so selten Fälle zu sehen, in denen das Leiden in der Ehe weiter fortbesteht, und dann zu Aborten oder Sterilität führt. Für den Zusammenhang dieser Zustände bleibt keine andere Erklärung übrig, als die, daß die kranke Uterusschleimhaut nicht geeignet ist, die Anhaftung des Eies und die Insertion der Plazenta zu ermöglichen.

Die Therapie besteht hier in einer sehr gründlichen Erweiterung des inneren Muttermundes und Entfernung der kranken Schleimhaut durch Ausschabung derselben, eventuell unter Nachbehandlung durch Sonden und Ätzmittel. Als ein weiteres, wenn auch wegen der häufigen Sitzungen etwas unbequemes, aber recht wertvolles Mittel ist die Anwendung der elektrischen Sonde zu nennen.

5. In einigen Fällen ist die Rückwärtslagerung der Gebärmutter als Grund für die Sterilität anzuschuldigen. Ohne auf den Streit einzugehen, welche Bedeutung die Retroflexio auf den Gesamtorganismus der Frau hat, kann wohl unwidersprochen behauptet werden, daß, wenn bei einer sterilen Frau Retroflexio uteri gefunden wird, als Behandlung der Sterilität zunächst die Richtigstellung des Organes zu versuchen ist. Ob dies durch ein Pessar oder operative Maßnahmen auszuführen ist, hängt vom einzelnen Falle ab.

6. Während nun bei den genannten Veränderungen die Prognose der Sterilität bei zweckmäßiger Behandlung eine recht gute oder wenigstens leidlich gute ist, kommen wir jetzt zu einer Ursache, die der Therapie die größten Schwierigkeiten bereitet: Der Gonorrhoe der inneren Genitalien. Ja es wäre optimistisch, wollten wir verschweigen, daß sogar in der Mehrzahl der Fälle die Sterilität in dieser Krankheit ihre letzte Ursache hat und daß wir daher recht oft selbst dem innigsten Wunsche unserer Patientinnen machtlos gegenüberstehen.

7. Die Aufzählung der Ursachen der Sterilität ist hiemit noch nicht beendet. Außer der Lues, deren Einfluß auf die Konzeptionsfähigkeit eine so komplizierte ist, daß sie in kurzen Worten nicht gut abgehandelt werden kann, ist dann noch die angeborene Aplasie des Uterus, des Infantilismus und die mangelhafte Funktion der Ovarien zu erwähnen. Wenn auch bei diesen Entwicklungsfehlern, sobald sie in ausgesprochener Weise vorhanden sind, eine Therapie aussichtslos ist, so ist doch bei geringeren Graden eine Einwirkung durch Moor- oder Stahlbäder möglich. Als ein weiteres Mittel kommt die elektrische Uterussonde in Betracht, die eine starke Fluxion zu den inneren Genitalien hervorrufen und dadurch hypoplastische Zustände auszugleichen vermag. (Die ärztl. Praxis Nr. 10, 1907.)

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Sitzung vom 21. Juni 1907.

Anton Frhr. v. Eiselsberg stellt einen 36jährigen Mann vor, bei dem die Diagnose Cardiacarcinom, oesophagus divertikel resp. Kardia spasmus schwankte. Sondierungsversuche ergaben ein zirka in der Höhe der Kardia sitzendes Hindernis, welches insoferne absolut genannt werden mußte, als auch feinste Sonden niemals in den Magen gelangten. Nur selten konnte der Patient etwas in den Magen hinabbringen. Der Gedanke an ein Carcinoma oesophagi mußte in Anbetracht des langen Bestandes des Leidens bei relativ doch nicht so hochgradiger Abmagerung (9 Kilogramm in 2 Jahren) fallen gelassen werden und man dachte von vornherein an ein Divertikel des Ösophagus. Röntgenbilder, die nach Füllung des Ösophagus mit Wismutbrei aufgenommen wurden, ergaben eine mächtige Aussackung des Ösophagus im kardialen Anteile. Dem herabgekommenen Patienten wurde nun zunächst eine Gastrostomie als Ernährungsfistel nach dem Witzelschen Prinzipe angelegt und erst nachdem er sich einigermaßen erholt hatte, wurde die Ösophagoskopie ausgeführt, die ebenfalls den Verdacht auf Ösophagusdivertikel zu bestätigen schien, wenngleich die Mündung desselben in den Ösophagus bezw. der Abgang von letzterem auch durch diese Methode der Untersuchung nicht festgestellt werden konnte. Nun ergaben am Tage vor der Operation neuerdings angefertigte Röntgenbilder zwar wieder eine scharf begrenzte, große Aussackung des Ösophagus im kardialen Teile, aber diesmal setzte sich der Wismutschatten in Form eines fingerförmigen Fortsatzes gegen den Magen zu fort. Man mußte jetzt die Diagnose auf Dilatation des Ösophagus, wahrscheinlich auf Grund von Ösophagospasmus, machen. Daß die neuerlichen Röntgenaufnahmen gegen die früheren in der genannten Weise kontrastierten, hatte seinen wahrscheinlichen Grund darin, daß durch die wochenlange Ausschaltung des Ösophagus durch die Witzelsche Gastrostomiefistel der Kardiospasmus nachgelassen hatte. Daraufhin entschloß sich E., per laparotomiam einzugehen. Er eröffnete den Magen so weit, daß er die ganze Hand einführen konnte und sondierte die Kardia. Während anfangs nur ganz dünne Steinsonden in die Kardia eingeführt werden konnten, passierten schließlich stärkere und endlich konnte er den Daumen einführen, und die Kardia wurde in gleichmäßiger Weise dilatiert. Der Kranke ist jetzt völlig geheilt. Es gelingt, ohne jedwede Schwierigkeit Bougies Nr. 24 vom Munde aus in den Magen einzuführen.

Julius Tandler polemisiert gegen das von Erben in einer der letzten Sitzungen zur Entlarvung eines Simulanten demonstrierte Experiment: Legt man einen Menschen auf seine Bauchseite und beugt man nun das Knie durch Erheben des Unterschenkels bei entspannter Muskulatur, so fällt der Unterschenkel, der Schwere folgend, bodenwärts. Wenn nun die Abbeugung des Kniegelenkes einen rechten Winkel überschreitet, so würde nach den Worten Erbens ein schlaff gelähmter Unterschenkel jetzt stehen bleiben oder vermöge seiner Schwere die Kniebeugung noch vermehren. Tandler bezweifelt, daß ein aktives Kontraktionsphänomen des Musculus quadriceps femoris notwendig sei für die erste Hälfte der beschriebenen Bewegung. Denn legt man einen normalen Menschen auf einer horizontalen Unterlage auf den Bauch und beugt dann sein Kniegelenk über einen rechten Winkel bei vollkommen erschlaffter Muskulatur des Beines, so schnellt der Unterschenkel wieder automatisch in die Streckstellung zurück. Will ein Mensch in der Bauchlage seinen Unterschenkel in der Beugestellung jenseits des rechten Winkels behalten, so gehört dazu eine ziemlich kräftige Kontraktion seiner Kniebeuger. Tandler hat solche Experimente in großer Zahl an normalen Menschen durchgeführt und es läßt sich zeigen, daß die Schnelligkeit, mit welcher der Unterschenkel bodenwärts zurückgeschnellt wird, im allgemeinen vom Tonus des Quadrizeps abhängt. Um aber zu zeigen, daß es sich hier nicht nur um eine funktionelle, sondern auch um eine anatomische Kürze des Kniestreckers handelt, hat T. auch Leichen in Bauchlage gebracht und an ihnen experimentiert. Beugt man bei nicht mehr totenstarren Leichen das Kniegelenk in der besprochenen Weise ab, so geben die meisten Leichen dieselbe Erscheinung wie der Lebende. Durchschneidet man nun den Musculus rectus femoris, so bleibt der Unterschenkel sofort gebeugt, resp. er sinkt noch gegen den Oberschenkel hinunter, ein Beweis, daß gerade dieser Kopf des Quadrizeps die Haupthemmung abgibt. Auch der narkotisierte Mensch, bei dem gewiß das aktive Kontraktionsphänomen auszuschalten ist, streckt bei der gegebenen Versuchsanordnung das Kniegelenk automatisch. Vortragender demonstriert zum Schlusse die besprochenen Experimente an zwei normalen Menschen mit gut entwickelter Muskulatur.

Max Reiner stellt einen Fall von doppelseitiger Quadrizepslähmung vor. Die Lähmung ist die Folge einer Attacke von Poliomyelitis, welche der Patient vor sieben Jahren durchgemacht hat. An diesem jungen Manne läßt sich das von Tandler eben besprochene Phänomen demonstrieren. Weiters bietet dieser Fall noch folgendes Bemerkenswerte. Es ist interessant, wie dieser Patient den bilateralen Ausfall der mächtigen Extensorgruppe zu decken vermag. Im Stehen entbehrt er seine Kniestrecker gar nicht, da ja der Quadrizeps auch normalerweise bei der sogenannten bequemen Stehhaltung vollkommen untätig ist. Beim Gehen aber hat der Quadrizeps normalerweise in zwei Phasen des Schrittes Spannung zu entwickeln. Der Patient hilft sich durch eine besonders kräftig ausgeführte Plantarflexion des Stemmbeines, wodurch sein Gang einen stampfenden Charakter bekommt. Wie ersetzt nun aber der Patient beim Treppabsteigen seinen Quadrizeps? Er dreht die schwungbeinseitige Körperhälfte nach vorne und läßt sich mit der kräftig ausgestreckten Fußspitze auf die vordere (untere) Stufe fallen. Durch die starke Equinusstellung erreicht er eine Verlängerung des Beines und verringert dadurch die Fallhöhe, anderseits sichert er durch den Zug des gespannnten Musculus triceps dem oberen Tibiaende und damit dem Kniegelenke eine nach rückwärts wirkende Komponente, so daß er sich auf das Hangbein fallen lassen kann, ohne in diesem Momente die Gefahr des Zusammenknickens im Kniegelenke fürchten zu müssen. Das Treppaufsteigen, wobei der Quadrizeps als synergistischer Antagonist tätig ist, bewirkt unser Patient durch energische Zuhilfenahme seiner erhaltenen Extensorgruppen (Hüftstrecker, Wadenmuskeln). Gegen das Einknicken sichert er die Kniegelenke dadurch, daß er seine Rumpflast vermittels seiner Arme auf die Streckflächen der Oberschenkel überträgt.

Siegmund Erben: Der Kranke des Kollegen Reiner liegt am Bauch, ich halte seinen Oberschenkel erhoben und mache mit dem Unterschenkel eine extreme Beugung. Damit sind alle soeben vorgebrachten Einwände gegen die Grundlage meiner Methode und die daraus gefolgerten Schlüsse widerlegt. Hingegen treffe die Kritik Tandlers für das, was er das vorigemal an dem auf dem Boden Liegenden demonstriert habe, zu. Damals ließ er den Oberschenkel horizontal liegen. Zuhause machte er die Probe auf der schiefen Ebene — bei hochgelagerten Knien. Auch könne man die schiefe Ebene durch Hochhalten des Oberschenkels ersetzen, wie er es eben demonstriert habe. Durch das Hochlagern des Knies steigert man die Wirkung der Schwerkraft und der Unterschenkel bleibt in seiner extremen Beugung stehen. Vermindere man in dieser Einstellung die Beugung, so federt der Unterschenkel beugewärts zurück. Die von Tandler betonte relative Längeninsuffizienz des Kniestreckers ist unter diesen Umständen kein Hindernis für den positiven Ausfall des Versuchs. Erfolgt aus dieser extremen Kniebeugung heraus eine Streckbewegung, so kann dies nur durch willkürliche Verkürzung des Kniestreckers erfolgen.

Reiner meint, wenn das Experiment bei erhobenem Kniegelenke, resp. bei der Lagerung des Patienten auf eine schiefe Ebene gelinge, so hängt dies damit zusammen, daß das ganze System um eine horizontale Achse gedreht wurde. Dadurch kommt der Stützpunkt des Unterschenkels, das Kniegelenk, höher zu liegen und der Unterschenkel gerät in eine, gegenüber der horizontalen viel weniger geneigte Lage.

Julius Tandler findet, daß das Experiment, welches Erben soeben vorgeführt hat, sich unterscheide von dem, welches er vor drei Wochen an dieser Stelle ausführte, daher bezogen sich seine Ausführungen nur auf jenes Experiment. Das heute von Erben gezeigte Experiment habe er noch nicht durchgeprüft. Erben hat in seiner Demonstration das Experiment ebenso ausgeführt, wie er es heute hier gezeigt hat. Die Schieflagerung des Oberschenkels aber, welche Erben nicht gezeigt hat, sondern von der er nur Erwähnung getan hat, habe er selbstverständlich ebenfalls nachgeprüft, aber in der Weise, daß er die Unterlage des zu untersuchenden Menschen als ganze gegen die Horizontale so neigte, daß der Kopf tiefer lag als die Ferse. Er hat bei dieser Schieflagerung genau dieselben Resultate wie bei der Horizontallagerung erzielt. Er glaube, daß aktive Muskelkontraktion zur Streckung des Kniegelenkes in der besprochenen Lage nicht notwendig sei, und daß es sich also um einen vom Menschen erworbenen Automatismus handle.

Hermann Algyogyi stellt einen Patienten vor, der folgende Symptome darbietet: rechte Lidspalte und Pupille etwas enger als links, Reaktion prompt, rechter Bulbus leicht zurückgesunken; Augenbewegungen beiderseits vollkommen frei, keine Doppelbilder, leichter Nystagmus beim Seitwärtsblicken; Augenhintergrund beiderseits normal; sensibler und motorischer Trigeminus beiderseits normal; leichte Insuffizienz der Lippenmuskeln rechts, außerdem Zwangslachen; Zungenbewegungen normal; Gaumensegel wird beim Anlauten in beiden Hälften gleich gut gehoben. Geruch, Geschmack und Gehör intakt. Heisere Stimme infolge rechtsseitiger Stimmbandlähmung. Ursache nicht aufzufinden.

Motilität in allen Gliedmaßen vollkommen frei; leichte Adynamie des rechten Oberarmes beim Händedruck.

Sensibilität rechts normal, auch im Gebiete des Trigeminus; links ist die Berührungsempfindung bis zum Trigeminusgebiete nur leicht abgestumpft, ebenso auch die faradokutane Sensibilität, während die Schmerz- und Temperaturempfindung in diesem Bereiche vollkommen fehlt bis zum Gebiete der oberen vier Zervikales und bis auf $1^1/_2$ *cm* von der Mittellinie vorne am Rumpfe, wo dieselben bloß herabgesetzt sind. Keine Ataxie, keim Romberg. Thoraxorgane bis auf den etwas lauteren zweiten Aortenton normal, ebenso auch die Bauchorgane. Pulszahl: 80 bis 85. Patellarreflex: rechts etwas erhöht; Plantarreflex: rechts vorhanden, links nicht auslösbar; Achillessehnen- und Kremasterreflexe beiderseits vorhanden; Bauchreflexe rechts deutlich gesteigert; Radiusreflex: rechts etwas erhöht; Trizepsreflex: beiderseits vorhanden; Gaumenreflex: fehlt; Rachenreflex: stark herabgesetzt; Konjunktival- und Kornealreflex: beiderseits vormal. Körpergewicht vor der Erkrankung 82 *kg*, jetzt 78 *kg*. Die Urinuntersuchung ergab: 5·2% Zucker bei normaler Harnmenge und sonst normalen Harnbestandteilen; es gelang durch spezifische Diät die Zuckerausscheidung auf einige Zehntel Prozent herabzudrücken. Auf Grund dieses Symptomenbildes ist eine einseitige Herderkrankung in der Medulla oblongata anzunehmen. Und zwar um einen Herd in der rechten Hälfte der Oblongata (akute oder apoplektische Bulbärparalyse). A. bespricht nun genauer auf Grund der vorhandenen Symptome Lage und Ausdehnung des Herdes. Was nun die Entstehungsursache des Leidens anlangt, so kommt nur eine Gefäßläsion in Betracht. Eine Blutung ist auszuschließen, da Blutungen in der Oblongata erfahrungsgemäß sehr selten sind und dann in der Regel stürmischer einsetzen (mit Bewußtseinsverlust usw.) und meist sehr rasch ad exitum führen. Es bleibt somit nur die Annahme eines Gefäßverschlusses übrig und glaubt A. an eine (partielle) Thrombose der Arteria vertebralis.

Rudolf Kaufmann: Über Kontraktionsphänomene am Magen. Wir unterscheiden zwei verschiedene funktionelle Teile des Magens, den antralen und kardialen Teil. Ein Kontraktionsring kann beide wasserdicht abschließen. Der antrale Teil zeigt sehr starke Bewegungen im Gegensatz zum kardialen. K. glaubt, daß die genossene Nahrung einen den Magen konzentrisch auskleidenden Mantel bildet, in dessen Innern sich die später genossenen Speisen wieder in konzentrischen Schichten einlagern, dagegen gelangen die Flüssigkeiten rasch in den antralen Teil. Injiziert man Tieren Physostipmin, so kann man die Magenbewegungen am lebenden Tiere studieren, da das Physostipmin die glatten Muskelfasern des Magens und Darmkanals in Kontraktion setzt. So sieht man, daß dreierlei peristaltische Bewegungen am Magen vorgehen: 1. ringförmige Erscheinungen an beliebigen Stellen des Magens und 2. drehende Bewegungen, die im kardialen und antralen Teil entgegengesetzt verlaufen. Auf Grund dieser Befunde schlägt K. vor, bei der Gastroenterostomie die Stelle zu meiden, wo die funktionelle Teilung des Magens in



einem antralen und kardialen Teil liegt, um die Muskelkraft des Magens intakt zu erhalten.

Oskar Stoerk: Über experimentelle Leberzirrhose auf tuberkulöser Basis. Diese Veränderungen der Leber finden sich bei allen mit Tuberkulose geimpften Meerschweinchen, ohne abhängig zu sein von Virulenz und Art der Bazillen. Die Endverzweigungen der Pfortader zeigen die ersten Veränderungen, die sich dann längs den Verzweigungen der Pfortader entgegen dem Blutstrome verbreiten. Das spezifisch-epitheloide Gewebe wird zum Schlusse vom Bindegewebe verdrängt, so daß zum Schluß nur fibröses Gewebe mit reichlichen Gallengängen zu finden ist (glatte Leberzirrhose). Deshalb glaubt Vortr., daß auch die Tuberkulose eine der Ursachen der Leberzirrhose sei.

Julius Bartel demonstriert: 1. Rechtsseitige Inguinallymphdrüse eines Meerschweinchens nach subkutaner Tuberkuloseinfektion. Diese Drüse ist nunmehr derb bindegewebig mit vereinzelten Riesenzellen. 2. Kleiner schwieliger Herd in der Lunge desselben Tieres mit Bronchiektasie. 3. und 4. Die Lungenunterlappen zweier Meerschweinchen, von welchen das eine (3) einer sehr schwachen Tuberkuloseinfektionsgelegenheit ausgesetzt war, während das zweite (4) durch Fütterung infiziert, lange Zeit einer spezifischen Behandlung unterzogen worden war. 5. Verdichteter Lungenherd mit reichlichen eosinophilen Zellen in einer Meerschweinchenlunge. *i. m.*

Deutscher Psychiater-Kongreß.

Im Neubau des Senckenbergianums in Frankfurt wurde Ende April die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie abgehalten.

Die Versammlung wurde am 26. April, Vormittags 9 Uhr von dem derzeitigen Vorsitzenden Geheimrat Mölli aus Berlin eröffnet. Derselbe gedachte der im letzten Jahr verstorbenen angesehenen Irren- und Nervenärzte: Lewald, Fürstner, Reib, Pierson und Möbius, sowie des als Opfer seines Berufs gestorbenen Dr. Weber, Hofheim. Es folgten die Begrüßungen.

Ar. Alzheimer, München, besprach sodann von anatomischen Gesichtspunkten die Gruppierungen der Epilepsie. Als Grundlage für seine Arbeit diente ihm die genaue und nach verschiedenen neuen Methoden durchgeführte Untersuchung von 63 Gehirnen von Epileptischen. Die Veränderungen im sogenannten Ammonshorn, einem bestimmten Teil der Großhirnhemisphären, zeigten sich in 40 bis 50 Prozent der Fälle. Neu sind die Befunde, die der Referent in der Glia feststellen konnte. Die Grundlage für die anatomische Gruppierung, ebenso wie für die klinische, bilden die Beziehungen, welche die Epilepsie zu anderen Erkrankungen aufweist, wobei eine große Anzahl von Fällen übrig bleibt, die noch immer als „genuine“ Epilepsie zu bezeichnen sind.

Dr. Vogt, Langenhagen, verbreitete sich über die Gruppierungen der Epilepsie nach klinischen Gesichtspunkten. Zunächst wird Frühepilepsie von Spätepilepsie unterschieden, bei der letzteren werden die Beziehungen zu Vergiftungen, zu Syphilis, zu Gefäßveränderungen und zu Verletzungen besprochen. Unter den Vergiftungen spielen Alkohol und Blei die größte Rolle.

Dr. Merzbacher, München, demonstrierte an einer Reihe von mikroskopischen Gehirnpräparaten die Zerfallprodukte und Zellen, die zur Beseitigung dieser Produkte dienen.

Prof. Liepmann, Dalldorf, sprach über die von ihm ausgebaute Lehre von der Apraxie, einer Erkrankung, die sich bei gewissen anatomischen Veränderungen im Gehirn zeigt. Es sind Störungen des Handelns und der Bewegungen bei erhaltener Intelligenz.

Geheimrat Prof. Tuczek, Marburg, berichtet für die von dem Deutschen Verein für Psychiatrie eingesetzte Kommission für Idiotenforschung und Idiotenfürsorge, in deren Auftrag er folgendes Programm aufstellte:

Die vom Deutschen Verein für Psychiatrie eingesetzte Kommission steht auf dem vom Verein vertretenen Standpunkt, daß im Sinne des Gesetzes vom 11. Juli 1891 geeignete Anstalten für Schwachsinnige und Epileptiker nur ärztlich geleitete Anstalten sind. Die Kommission wird neben der Schwachsinnigen-Forschung und -fürsorge auch die angemessene Mitwirkung der psychiatrischen Ärzte beim Hilfsschul- und Fürsorgeerziehungswesen zum Gegenstande ihrer Tätigkeit machen. Sie stellt sich folgende Aufgaben:

1. regelmäßige Berichterstattung an den Verein über die wissenschaftliche Erforschung des jugendlichen Schwachsinns und der Epilepsie — Ätiologie, Symptomatologie, pathologische Anatomie, Therapie, Prophylaxe, anthropologische, forensische und administrative Beziehungen — und über das Anstaltswesen.

2. Aufklärungsdienst:

a) Verfolgung der Zeitschriften, Tagespresse, Verwaltungsberichte;

b) Teilnahme an Versammlungen und Konferenzen betr. Schwachsinnigenfürsorge, Hilfsschul- und Fürsorgeerziehungswesen;

c) Besichtigung von Anstalten;

d) Mitteilung einschlägiger privater Erfahrungen.

Die Kommission wird mindestens einmal jährlich, rechtzeitig vor Festsetzung des Zeitpunktes der nächsten Tagung des Vereins zusammentreten, um das gesammelte Material zu besprechen und die Themen und Referenten für die nächste Tagung des Vereins festzusetzen.

Die Kommission will den Ärzten, die an nicht ärztlich geleiteten Anstalten tätig sind oder sein wollen, mit Recht zur Seite stehen.

Dr. Geelvink, Assistenzarzt der städtischen Irrenanstalt in Frankfurt a. M., untersuchte die Kranken der städtischen Irrenanstalt, um die Grundlagen der Trunksucht festzustellen, und kam zu dem Resultat, daß eine Reihe von psychischen Erkrankungen eine verminderte Widerstandskraft gegenüber dem Alkoholismus schaffen. Es zeigte sich, daß ein großer Prozentsatz der chronischen Trinker schon vorher anderweitig nervös erkrankt war und daß der Beruf besonders bei den Trinkerinnen (Prostituierte und Gastwirtfrauen) eine große Rolle spielt. Unter den nicht psychopathisch veranlagten Trinkern ist die Anstaltsbedürftigkeit geringer.

Dr. Knapp, Halle, beschrieb den Fall einer funktionellen Sprachtaubheit bei einer an Hysterie leidenden Kranken.

Dr. Nitzsche, München, besprach die klinische Stellung der chronischen Manie und kam zu dem Schluß, daß dieses Krankheitsbild sich als eigenartigeVerlaufsform des mechanisch-depressiven Irreseins einordnen läßt.

Dr. Abraham, Zürich, erörterte die Bedeutung von Erlebnissen in der Kindheit für die Symptomatologie der im späteren Leben auftretenden Geistesstörungen. Ähnlich wie Freud für die Hysterie hat A. für die dementia praecox diesen Einfluß (speziell sexueller Erlebnisse) nachgewiesen.

Dr. Hübner, Bonn, sprach über die klinische Stellung der Involutionsmelancholie. Typische Merkmale derselben gegenüber einem Anfall trauriger Verstimmung des zirkulären Irreseins hat er nicht feststellen können, weshalb sie unter Berücksichtigung der Ätiologie usw. diesem Krankheitsbild zuzurechnen sei.

Dr. Moses, Mannheim, meinte hinsichtlich Idiotenfürsorge und Fürsorgeerziehung, bildungsfähige Idioten sollten — gegebenenfalls gegen den Willen kurzsichtiger und renitenter Eltern — durch gesetzliche Bestimmungen entsprechenden Anstalten überwiesen werden. Gegenüber den ungenügenden gesetzlichen Unterlagen in Preußen und anderen Bundesstaaten ist die Materie in Bayern und Braunschweig klar geregelt. Ein idiotisches Kind sollte sich nicht erst durch Begehen einer strafbaren Handlung das Recht erwerben können, der Anstaltsfürsorge teilhaftig zu werden. Der Vortragende gab Anregungen zum Ausbau der Fürsorgegesetzgebung im Sinne einer verstärkten Fürsorge für schwachsinnige und idiotische Kinder.



Dr. Kleist, Halle, beschrieb einige Fälle von Motilitätspsychosen (nach Wernicke) und analysierte die hiebei auftretenden Symptome.

Am Sonntag fand eine Sitzung des Vereins in der psychiatrischen Klinik in Gießen statt. Hier sprach Privatdozent Dr. Dannemann, Oberarzt der psychiatrischen Klinik, über psychiatrische Aufgaben bei der Heranbildung der Polizeibeamten. D. hat in der Darmstädter Schutzmannschule über 100 Beamten in Psychologie und Psychiatrie populären Unterricht erteilt und betonte die Wichtigkeit der elementarsten psychiatrischen Kenntnisse für Polizeibeamte bei Sistierungen, Aufnahme von Tatbeständen, Transport von geisteskranken Verbrechern und vielen anderen Gelegenheiten ihres Berufs. Ein sehr beachtenswertes Moment ist es auch, daß dieser Unterricht die Beamten in höherem Maße befähigen wird, Vormundschaften über entmündigte Kranke zu übernehmen. Auf diese Weise dürfte es möglich sein, einen Stamm von Berufsvormündern heranzubilden. Dieser originelle und praktische, von Dannemann in Hessen angeregte Gedanke verdient in anderen Bundesstaaten Nachahmung zu finden.

Prof. A. Sommer demonstrierte interessante Versuche über die durch Ausdrucksbewegungen erzeugten elektromotorischen Vorgänge.

Dr. Hackländer, Gießen, zeigte eine Reihe von neueren Apparaten zur Exposition optischer Reize für psychologische Untersuchungen.

Dr. Berliner, Gießen, zeigte eine Reihe von Hirnpräparaten von Kranken mit Hirngeschwülsten und erläuterte die hiebei auftretenden Krankheitserscheinungen.

Dr. Becker, Gießen, hat an Unfallnervenkranken, die von kompetenter Seite für Simulanten gehalten worden sind, durch psychologische Untersuchungen Krankheitszeichen objektiv dargestellt, die nicht simuliert werden können. Hiebei konnte Simulation und Aggravation (schlimmere Darstellung wirklich bestehender Krankheiten) unterschieden werden.

Nach der wissenschaftlichen Sitzung fand eine Besichtigung der psychiatrischen Klinik und ein gemeinsames Frühstück statt. Bei letzterem begrüßten die hessischen Staatsbehörden (Geheime Medizinalräte Neidhard und Hauser) und die Stadtvertretung (Dr. Curschmann) die Versammlung. Nachmittags wurde die im Bau begriffene neue Irrenanstalt für die Provinz Oberhessen besichtigt.

V. Literatur.

Die Tuberkulose. Von G. Cornet. Wien, C. Hölder, 1907. 2. Aufl. 1441 Seiten. Preis 32 Mk.

Das Werk ist eingeteilt in drei Abschnitte, deren einer die Ätiologie der Tuberkulose, der zweite die Klinik der Lungenphthise, der dritte die tuberkulösen Erkrankungen der übrigen Organe behandelt. Voran geht das einleitende Kapitel über die Frequenz und nationalökonomische Bedeutung der Tuberkulose und über die Geschichte unserer Kenntnisse von ihr.

Das Kapitel über Morphologie des Bazillus ist durch die neugefundene Tatsache der Pleomorphie und die daraus sich ergebenden Resultate für die Stellung des Erregers im botanischen System vervollständigt. In bezug auf den Perlsuchtbazillus steht Cornet auf dem Standpunkt der Arttrennung, betont die geringere vom Rinder-T-B. drohende Gefahr, ohne aber die gegen ihn gerichtete Prophylaxe für entbehrlich zu halten. Bei der „Verbreitung und dem Vorkommen der Bazillen" wird der Flüggeschen Tröpfcheninfektion eine weitergehende Bedeutung für das Zustandekommen der Tuberkulose abgesprochen, während die Übertragung in trocken verstäubtem Zustande nach wie vor als die Regel angesehen wird. Die Verbreitung durch Milch und Fleisch hat ebenfalls trotz der häufigen neueren Bazillenfunde in der Milch keine Bedeutung für die Tuberkulose als Volkskrankheit. Vom Infektionsort breitet sich die Tuberkulose, dem Lymphsystem folgend und ohne eine Drüse zu überspringen, aus; das nächstgelegene Organ erkrankt zunächst, eine „Organdisposition" wird abgelehnt. Parallel den Tierversuchen geht die klinische Erfahrung über die bazilläre Infektion, der ein ausführliches Kapitel gewidmet ist; neu sind hier die Betrachtungen über Tuberkulose der Tonsillen, der adenoiden Vegetationen, die wirkungsvolle Abweisung der Behringschen Annahme der enterogenen Lungenphthise, zum Teil auch die „Infektion der Lunge". Mit scharfen Argumenten wird die Inhalationstheorie gegen die hämatogenen und lymphogenen Theorien verteidigt, ebenso die Rolle des T.-B. als Erreger gegen die Annahme des Nosoparasitismus. Die Bevorzugung der Spitze wird durch mechanische, nicht histologische Momente erklärt. Ausstattung und Druck sind wie bei allen Verlagswerken der Firma Hölder tadellos.

VI. Aus der Praxis.

Visvit im Kindesalter. Von Kinderarzt Dr. A. Singer, Wien. (Allgem. Mediz. Zentral-Zeitung, Berlin 1907, Nr. 20 und 21.)

Im Gegensatz zu den älteren, nach einseitigen Grundsätzen aufgebauten Nährpräparaten entspricht das Visvit (vis vitae) den fortgeschrittenen Anschauungen der modernen Ernährungsphysiologie und -Therapie in jeder Hinsicht ohne Einschränkung. Visvit enthält in beinahe vollkommener Art vereinigt sämtliche Nährstoffe, welche zur Vermehrung der Organmasse, zur Vervollkommnung der Körpersäfte und zum Ersatze der physiologischen Salze tauglich, daher zur Kräftigung des Gesamtorganismus dienlich sind.

Verfasser hat Visvit, das wegen seines vorzüglichen Geschmackes auch von Kindern sehr gern genommen wird, als von höchster Wichtigkeit erprobt bei: Schwächezuständen nach schweren Magen-Darmerkrankungen, bei Erschöpfung nach Dyphtherie, Scharlach, Typhus usw., sowie bei Anämie und Chlorose älterer Kinder.

Ganz besonders wertvoll erwies sich Visvit bei der Behandlung einer im letzten Grunde durch Ernährungsstörungen bedingten konstitutionellen Krankheit, der Rhachitis. Phosphor, Eisen und Kalisalze, nach denen der erkrankte Organismus hungert, sind hier in der gerade dem Visvit eigenen glücklichen Kombination die mächtigen Hebel, mit denen das Visvit ansetzt und spielend den Zwang des circulus vitiosus dieser Erkrankung bricht. Dies ist umso erfreulicher, als der bisher üblichen Phosphorlebertranmedikation der widerliche Geschmack, die schwere Verdaulichkeit und die Unmöglichkeit, sie bei interkurrentem Magendarmkatarrh fortzuführen, trotz ihres sonst fast spezifischen Einflusses entgegenstehen. An einer Anzahl von Krankengeschichten demonstriert Verfasser in überzeugender Weise die Wirksamkeit des Visvit: Hebung des Körpergewichts, Steigen der Zahl der roten Blutkörperchen auf die Norm, Schwinden der Knochenauftreibungen und Deformitäten, sowie der Krämpfe; größere Beweglichkeit und Munterkeit der Kinder.

In kurz zusammenfassender Weise sagt Singer: Das Visvit vermag bei der Behandlung der Rhachitis den Phosphorlebertran zu ersetzen; in allen anderen diskratischen und Erschöpfungszuständen bildet es ein besonders wertvolles Unterstützungsmittel der gewöhnlichen Nahrung, welches außer seinem Nährwerte auch noch appetitanregend und verdauungsbefördernd wirkt.

Die Dosis, in der Visvit im allgemeinen gegeben werden soll, beträgt 1—2 Teelöffel 2—3mal täglich. (Hersteller: chemisches Institut Dr. Horowitz, Berlin.)

Über ein bisher unbekanntes pathognomonisches Symptom der Ischias sprach Dr. Sigmund Gara (Bad Pistyán—Wien) auf dem 24. Kongresse für innere Medizin (Wiesbaden. April 1907). Bei der Anamnese sei ihm die Angabe vieler Patienten aufgefallen, daß ihre Erkrankung mit heftigen, hexenschußartigen Schmerzen im Kreuze begann, welche Tage, oft auch Wochen hindurch andauerten, bis die Schmerzen in dem einen oder anderen Beine hinzutraten. Häufig wurde daher die Diagnose „Lumbago" gestellt. Durch diese Angaben aufmerksam geworden, unternahm er es, die Kreuzgegend



bei einem jeden Patienten genauer zu untersuchen. Die Inspektion hat nichts auffälliges ergeben: keine Verfärbung, keine Volumsänderung. Die Palpation des Kreuzbeines selbst zeigte keine Empfindlichkeit; als er aber auf den Dornfortsatz des letzten Lendenwirbels hinübertastete, zuckten die Patienten vor Schmerz heftig zusammen, der nächsthöhere Dornfortsatz war wenig empfindlich, weiter oben die ganze Reihe der Dornfortsätze vollkommen schmerzlos. Bei der systematischen Untersuchung auf dieses Symptom konnte er feststellen, daß es ihm ein wertvolles Zeichen für die Diagnose Ischias gab. In dieser seiner Auflösung wurde er um so mehr bestärkt, als auch jene Patienten, welche über keine prodromalen Kreuzschmerzen klagten, dieses Symptom immer aufwiesen. Das Ergebnis seiner Untersuchung der Kreuzgegend war daher die konstante große Druckempfindlichkeit des Dornfortsatzes des letzten Lendenwirbels.

VII. Notizen.

Hochschulnachrichten. Wien. Die o. Professoren Hofrat Dr. Viktor v. Lang (Physik), Julius Wiesner (Anatomie und Physiologie der Pflanzen) werden im nächsten Studienjahre infolge des Gesetzes über die akademische Altersgrenze um ihre Pensionierung ansuchen. v. Lang feiert auch im nächsten Studienjahre sein 50jähriges Doktorjubiläum.

Berlin. Als Nachfolger von Geheimrat E. v. Leyden an der Berliner Universität kommt nach den bereits gemeldeten Ablehnungen verschiedener Gelehrter nunmehr Prof. Dr. Wilhelm His in Göttingen in Betracht; daneben nennt das Berliner Tageblatt die Professoren Dr. Oskar Minkowski in Greifswald und Dr. Karl v. Noorden in Wien.

München. Prof. Albert Döderlein, Tübingen, hat die Berufung als Nachfolger des Geheimrates v. Winkel angenommen und wird vom 1. Oktober ab die Leitung der hiesigen Universitätsfrauenklinik übernehmen.

Straßburg. Prof. Dr. Otto Schirmer, Direktor der Universitätsaugenklinik in Greifswald, hat den Ruf nach Straßburg als Nachfolger von Prof. L. Laquer angenommen. Der a. o. Professor Dr. R. Greeff, Direktor der Klinik für Augenkrankheiten im Charité-Krankenhause in Berlin, hat einen Ruf als Nachfolger von Prof. Schirmer abgelehnt.

Baden bei Wien. Am 1. Juli d. J. starb der bekannte Zahnarzt Dr. Johann Tausig. Still und geräuschlos schied der bescheidene Mann von hinnen, so wie sein Erdenwallen leise und ohne Lärm war; doch war dies, wenn auch friedlich, so doch keineswegs eine Idylle. — In Ungarn geboren, studierte er in Wien Medizin, und wurde hier auch Doktor. Er ward Leibarzt des bekannten Baron Sina, später bei dessen Schwiegersohn, dem Fürsten Ypsilanti. Doch behagte ihm das geisttötende süße Sklavenleben in diesen Kreisen nicht. Er suchte Arbeit. Er trat als Arzt in die türkische Armee ein, der er viel nützte und mit der er das weite osmanische Reich durchstreifte, ihre Feldzüge mitmachte, um dann doch wieder, von der Heimat angezogen, in Wien sich niederzulassen. Er gab sich der Zahnheilkunde hin, und verehelichte sich mit der Tochter des bekannten Franzensbader Arztes Michelstädter. Doch heftete sich das Glück nicht an seine Fersen. Seine Leistungsfähigkeit und sein feines Gemüt reichten nicht aus, um ihm den erwünschten und verdienten Erfolg zu bringen. Nun ruht er in Frieden aus von seinen bewegten Schicksalen, die ebenso wie seine schöne geistige Bildung in weiteren Kreisen unbekannt geblieben sind. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß sich bemerkenswerte Aufzeichnungen über seine reichen Erlebnisse in seinem Nachlasse vorfinden. Im Vereine der Kurärzte in Baden, dessen gründendes und treues Mitglied er war, hielt ihm der Obmann einen ehrenden Nachruf.

Die Götter der Heilkunst im Altertum. Die ältesten umfassenden Aufklärungen über die Entwicklung der Medizin müssen im alten Ägypten gesucht werden, und die Fülle der Überlieferungen, die in Bild und Schrift aus entlegenen Jahrtausenden wieder ans Tageslicht gefördert worden sind, gibt eine reichliche Gelegenheit dafür. Vielleicht der wichtigste Tempel in Ägypten, der in den Dienst der Heilkunde gezogen wurde, war der des I-em-hotep in Memphis. Ein anderer kleiner Tempel desselben Gottes steht noch heute auf der Insel Philae im Nil, von der jetzt soviel die Rede ist, weil ihre Altertumsschätze durch die großen Bewässerungsanlagen mit Überschwemmung bedroht sind. In oder bei diesen Tempeln schliefen die Kranken in dem Glauben, daß sich der Gott ihnen offenbaren und ihnen im Traum eine Heilung zeigen werde. Träumte der Kranke wirklich, so wurde der Traum vom Priester ausgelegt und darauf die ärztliche Behandlung gegründet. Stellte sich überhaupt kein Traum bei dem Kranken ein, oder konnte ein solcher nicht mit der Krankheit in Beziehung gebracht werden, so besorgte der Priester selbst auch das Träumen, und es läßt sich annehmen, daß er sich dafür besonders bezahlen ließ. Die Priester des I-em-hotep beschäftigten sich auch vorzüglich mit dem Einbalsamieren der Leichen und erlangten dadurch eine beträchtliche Kenntnis der Anatomie. Einige der noch erhaltenen Papyri beweisen eine beachtenswerte Kenntnis vom Blutkreislauf, worin die Ägypter, wie in so vielem, die Lehrer der Griechen wurden. Von den Heilgöttern der Griechen hört man gewöhnlich nur den Asklepios nennen, aber noch eine ganze Schar anderer Götter wurde für die Heilkunde in Anspruch genommen, namentlich Pluto, Demeter und Persephone, dann auch Apollo und Aphrodite, ferner kleinere Gottheiten, wie Amynos, Amphiaraos, Trophonios u. a. Immerhin war in dieser Vielheit von Beziehungen, in die ein neuer Vortrag von Dr. Caton vom Archäologischen Institut an der Universität Liverpool einen tiefen Einblick eröffnete, der Dienst des Asklepios weitaus vorherrschend. Der Ort, wo er am stärksten verehrt wurde und von wo sich sein Kult wahrscheinlich erst ausgebreitet hat, war die Stadt Epidaurus, und von hier wurden lange Zeit ärztlich ausgebildete Priester und auch heilige Schlangen, wie sie bis heute als Sinnbild für die Heilkunde gelten, nach vielen Plätzen Griechenlands gesandt. H. N.

Die Heilkunst in der homerischen Dichtung. Der „Lancet“ erinnert daran, daß sich in den großen epischen Dichtungen Homers, insbesondere in der Ilias, eine Reihe von Angaben findet, die auf den Stand des medizinischen Wissens jener Zeit einiges Licht werfen. Die meisten Angaben beziehen sich auf die Söhne des Asklepiades, Podalirius und Machaon, welch letzteren Homer als vorzüglichen Arzt besonders erwähnt. Er muß den Kriegern durch Entfernen der Pfeile aus den Körpern und durch Linderung der Leiden tatsächlich gute Dienste geleistet haben, denn der Wert seines Lebens wird demjenigen eines ganzen Heeres gleichgesetzt. Die Ärzte, die mit den Heeren in den Kampf zogen, spielten zu den Zeiten Homers durchaus nicht die Rolle unserer heutigen Militärärzte, die nur ärztlichen Beistand zu leisten haben, sondern sie nahmen am Kampfe tätigen Anteil. Es wird berichtet, daß Machaon verwundet darniederlag, als man seiner ärztlichen Hilfe bedurfte, während Podalirius sich in offener Schlacht befand. Außer diesen beiden Halbgöttern gab es aber auch andere Ärzte im hellenischen Heere, denn es heißt zu Beginn des XVI. Buches, daß die besten Kämpfer verwundet auf den Schiffen lagen, wo sie von den Ärzten gepflegt wurden. Achilles selbst war als Schüler des Zentauren Cheiron, der auch Podalirius und Machaon unterrichtet hatte, imstande, während der Belagerung Trojas dem verwundeten Eurypylus die erste Hilfeleistung zu gewähren, indem er ihm ein schmerzstillendes Medikament, das er in den Händen zermahlen hatte, auf die Wunde strich. Er scheint von seinen medizinischen Kenntnissen oft Gebrauch gemacht zu haben. Auf einer schönen Vase, die noch erhalten ist, ist abgebildet, wie er dem Patroclus den Arm verbindet. Offenbar bezieht sich diese Abbildung auf eine verloren gegangene Stelle des homerischen Epos, denn in den vorhandenen Teilen findet sich nichts, was darauf hinweist, daß Patroklus von Achilles verbunden worden ist. Der Herzog von Luynes hat darauf aufmerksam gemacht, daß Achilles, nach der Abbildung zu urteilen, viel Gewandtheit besessen haben muß, denn die Anlegung des Verbandes geschieht in derselben Weise, wie sie heutzutage üblich ist. Es ist eigentümlich, daß Homer nicht erwähnt, ob auch die Trojaner über Ärzte verfügt haben.

VIII. Offene Stellen.

Niederösterreich. Gemeindearztesstelle für die subventionierte Sanitätsgemeindegruppe Walkenstein mit den Gemeinden Rodingersdorf, Sallapulka, Röhrawiesen, Kainreith, Maigen und Posselsdorf und dem Sitze des Arztes in Walkenstein. Fixe Bezüge von den beteiligten Gemeinden 458 K 40 h, bisherige Subvention aus dem niederösterreichischen Landesfonds 400 K. Der Gemeindearzt hat die Verpflichtung, die Totenbeschau und sämtliche gemeindeärztlichen Agenden unentgeltlich zu besorgen. Die Armenpflege wird separat honoriert. Der Arzt ist zur Führung einer Hausapotheke verpflichtet. Die Gemeinde Walkenstein beabsichtigt, nach Vereinbarung eine Wohnung beizustellen. Die mit dem Diplom, dem Tauf (Geburts-)schein, dem Nachweise der österreichischen Staatsbürgerschaft, dem Sittenzeugnis, einem amtsärztlichen Gesundheits-, bezw. Tauglichkeitszeugnis, sowie mit den Nachweisungen über die bisherige ärztliche Tätigkeit ordnungsmäßig instruierten Gesuche sind bis längstens 25. Juli l. J. an die Gemeindevorstehung von Walkenstein oder an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Horn zu richten.



Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1906 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—**; nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—.**

Medizinischer Zeitungsverlag

Telephon 22152. Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 30. Wien, 27. Juli 1907. **Nr. 30.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Bemerkungen zur Hydrotherapie als klinischen Lehrgegenstand. *)

Von **Prof. Winternitz**, Wien.

Bei Gelegenheit der Eröffnung meiner klinischen Abteilung an der allgemeinen Poliklinik in Wien habe ich meinen Eröffnungsvortrag mit den folgenden Worten, die ich heute wiederholen zu dürfen glaube, eingeleitet. Ich sagte: „Ich darf es wohl als einen entschiedenen Sieg bezeichnen, daß es mir gelungen ist, nach langem und hartem Kampfe mit einer Welt von Vorurteilen, mit einer hemmenden Macht von Privilegien, Raum zu schaffen für einen Wissenschaftszweig, dem die offiziellen Pfade klinischer Erkenntnis bisher versperrt waren. Ich fühle mich gehoben, weil es mir endlich geglückt ist, einen Gegenstand, für den ich seit fast einem Lebensalter arbeite und kämpfe, Ihnen nicht mehr bloß durch Schrift und Wort, sondern auch durch die Tat praktisch zugänglich zu machen. Ich fühle mich gehoben durch die berechtigte Hoffnung, daß ich nun zahlreiche Mitarbeiter und Nachahmer finden werde, durch die es nicht nur mir gelingen wird, Schule zu machen, sondern auch durch die Mitarbeit weiter Kreise den Bau gefördert zu sehen, dem ich, wie ich ja ohne Unbescheidenheit behaupten darf, manchen Baustein eingefügt habe."

Damit fällt es mir ja nicht ein, behaupten zu wollen, daß ich ein bis auf mich ganz unbetretenes Gebiet urbar zu machen versucht hätte. Lesen Sie doch die Geschichte der Hydrotherapie, die mein leider zu früh verstorbener Freund Plohn für meine Hydrotherapie schrieb, die im 2. Bande von Ziemssens Allgemeiner Therapie im Jahre 1881 erschienen ist, und Sie werden erkennen, daß jede Epoche, soweit überhaupt literarische Daten vorliegen, das Wasser zu Heilzwecken benutzt hat. Dennoch ist die wissenschaftliche Hydrotherapie einer der jüngsten Zweige an dem Baume schulmäßiger Erkenntnis. Daß es mir gegönnt ist, an dieser Stelle, dem klinischen Institute für Hydrotherapie, welches unter der zielbewußten Leitung von Geheimrat Brieger steht, sprechen zu dürfen, ist ein Erfolg, der mich hoch erfreut. Verständnis für die Bedürfnisse der Wissenschaft, ein geschärfter Blick für die einzuschlagenden Wege, die Wahl des richtigen Mannes — das ist das hohe Verdienst einer einsichtsvollen Regierung, die den Erfolg an ihre Fersen zu fesseln versteht.

Nicht so gut ist es mir ergangen. Lange Zeit hindurch mußte erst das Vorurteil besiegt werden, es sei eine Wissenschaft zweiten Ranges, die sich mit dem gewöhnlichen, ganz gemeinen Wasser befaßte. Laien und Kurpfuscher schreckten den ernsten Forscher ab.

Den größten Wert lege ich darauf, daß es mir gelang, zu zeigen, die Wasserkur wirke durch thermische und mechanische Eingriffe, die größtenteils von der Körperoberfläche aus vorgenommen werden. Sie wirke ganz nach den Gesetzen der Physiologie. Es ist eigentlich unglaublich, daß es erst eines besonderen Beweises bedurfte, daß hier keine anderen Gesetze gelten. Für die Therapie jedoch steckt der Wunderglaube nicht bloß dem Laien, sondern auch mitunter bis zu einem hohen Grade den Ärzten in der Seele. Man hat an meinen Aufstellungen harte Kritik geübt, und zwar nicht an dem, was ich gefunden habe, sondern hauptsächlich an dem, was ich noch nicht gefunden habe. Es ist eine starke, vielleicht allzu schmeichelhafte Zumutung, daß die Hydrotherapie fertig aus meinem Kopfe entsprungen sein sollte, wie Pallas Athene aus dem des Zeus. Meine Arbeiten konnten jedoch nur so weit Geltung beanspruchen, als die Physiologie bereits Grundlagen und Methoden geschaffen hat. Ich konnte und habe die lokalen und übertragenen Wirkungen thermischer und mechanischer Reize auf die Innervation festgestellt. Lokal und übertragen Anästhesie, Hyperästhesie und Umstimmung der Innervation in sensiblen, sensorischen, motorischen und trophischen Bahnen experimentell und klinisch nachzuweisen, war mein Streben. Ich habe die Veränderungen verfolgt, die davon abhängig in den beeinflußten Bahnen auftraten, die Veränderungen der Zirkulation an Ort und Stelle des Eingriffs, die Veränderungen gegen die Peripherie zu und zentralwärts von der Eingriffsstelle. Ich war der Erste, der mit dem damals neu erfundenen Sphygmographen, mit Thermometer und Volumeter diese Wirkungen zu verfolgen bemüht war. Die Wirkungen auf das Zentralorgan der Zirkulation, auf das Herz, habe ich festgestellt, die Konsequenzen auf die Blutverteilung nachgewiesen, zum Teil auch nur erschlossen. Ich frage bei dieser Gelegenheit: gibt es eine kon-

*) Vortrag, gehalten am 28. Kongreß der deutschen balneolog. Gesellschaft, Berlin 1907.



jekturalere Wissenschaft als die Medizin? Und trotzdem wurden mir zum Teil sehr ungerechtfertigte Vorwürfe wegen einer hie und da eingeflochtenen Hypothese gemacht, obwohl ich immer das bloß Erschlossene von dem positiv Gefundenen auseinanderhielt und es als solches kennzeichnete. Thermometrie und Kalorimetrie bildeten ein weites Feld. Ich erinnere an meine große Kontroverse mit Liebermeister in der Frage der Wärmeregulation, aus der ich, unterstützt von Murri in Bologna, Rosenthal in Erlangen, Senator in Berlin und wenigen anderen siegreich hervorging. Aus den diesbezüglichen Arbeiten, die, experimentell und klinisch gestützt, mit neuen, zum Teil von mir selbst erfundenen Methoden erforscht wurden, ergab sich die Bedeutung und ziffernmäßige Größe der Hautfunktion und ihr Wert für die Wärmeregulation. Alle diese Vorgänge mußten auf ihren Einfluß auf die Funktionen jedes einzelnen Organes der Se- und Exkretionen, auf den respiratorischen Gaswechsel und auf den Stoffwechsel geprüft werden. Die Methoden und Arbeiten von Zuntz und Löwy haben mich dabei geleitet. Meine Hilfskräfte, besonders Pospischil, Strasser und Wertheimer u. a., haben mannigfache Stoffwechselfragen angeschnitten und zum Teil gelöst. Die klinische Tatsache der tonisierenden Wirkung unserer thermischen und mechanischen Applikationen, namentlich der mächtige Einfluß auf Anämien und Chlorosen, haben uns auf die Blutveränderungen unter thermischen Reizen hingeführt. Daraus resultierte die überraschende Entdeckung der Blutveränderung unter diesen Einflüssen.

Mit diesen Forschungen parallel mußte ich trachten, das durch das Experiment Gefundene mit den empirischen Tatsachen in Einklang zu bringen. Kongestion, Entzündung, Fieber, Anämie, Exsudation, Resorption, Infektion, dyskrasische Prozesse, Intoxikationen, Autointoxikationen, rheumatische Affektionen, Nervenleiden, gastrische und indestinale Erkrankungen lernten wir mit Erfolg bekämpfen. Schwächezustände schwanden unter unseren Händen, wie unter denen anderer, die dieselbe Methode gebrauchten.

Wie viele Typhusepidemien, epidemische Pneumonie-Erkrankungen, Choleraepidemien sah ich an mir vorübergehen. Die Theorien wechselten, das Heilungsprozent war meist bei den physikalischen Methoden ein günstigeres.

Daß wir außerdem bestrebt waren, ein Verständnis für das Wie des Geschehens zu finden, daß wir bemüht waren, nachzuweisen, daß in dem thermischen und mechanischen Reiz, in der Wärmezufuhr und Wärmeentziehung nicht bloß symptomatische Erfolge zu sehen waren, sondern auch gerade-zu kausale Indikationen erfüllt werden konnten, haben wir an vielen pathologischen Vorgängen zu zeigen versucht. So gelang es vielfach, festzustellen, daß die uns bekannten Schutz- und Wehrkräfte des Organismus zur Abwehr pathologischer Vorgänge wachgerufen und gestärkt werden können. Schon Ende der sechziger und siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts, sowie auch in der oben zitierten Hydrotherapie aus dem Jahre 1881, aus der Ziemssenschen allgemeinen Therapie habe ich die große Bedeutung der Hyperämie und Kongestion zur Heilung mannigfacher Krankheitszustände betont und gezeigt, was mit dem Namen Bier heute identifiziert wird, daß zu den wichtigsten therapeutischen Agentien eine künstlich hervorgerufene Fluxion gehöre. Beweis dafür, daß ich einem Kapitel der eben zitierten Arbeit die Überschrift gab: „Fluxion als Heilmittel.“

Aber noch anderen wichtigen Tatsachen der nicht bloß symptomatischen, sondern geradezu kausalen Wirkungen thermischer und mechanischer Einflüsse auf die Infektion gingen wir nach. Erhöhung des Alkaleszenzindex bei der Infektion (Strasser), Vermehrung der Leukozytose bei Leukämie, Erhöhung des Gefäßtonus, Kräftigung der Innervation und der zentralen und peripherischen Zirkulation.

Daß bei dieser mannigfachen Beeinflussung der Funktionen auch die Technik und Methodik eingehendster Aufmerksamkeit teilhaftig wurde, dafür geben die zahlreichen von mir eingeführten und erfundenen Apparate und Anwendungsformen des Wassers genügende Belege. Ich erinnere an den Psychrophor, die Kühlsonde für die Harnröhre, an die Apparate für Thermomassage, für Mastdarm und Vagina, an die transportablen Duscheapparate mit gewöhnlichem und kohlensaurem Wasser, an die schon in den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts konstruierten, transportablen Dampfbäder, an das später angegebene Dampfbad in der Badewanne, an die verschiedenen Umschlagsformen und Kühl- und Erwärmungsschläuche (neuartige Kreuzbinde und Longettenverbände), an die Kopf-, Nacken und Herzkühler, an den Katheter für die Applikation von Duschen, welcher fast überall eingeführt wurde.

Lange stand ich fast allein, erst durch das Eingreifen Deutschlands, namentlich der Briegerschen Schule, über deren Leistungen, Anwendung neuer Forschungsmethoden und Richtungen wir hier noch manches zu hören bekommen, habe ich Unterstützung gewonnen. Auch anderen Orts, ich nenne Determann in Freiburg, in Erlangen und an fast allen Universitäten, wird über thermische und mechanische Einflüsse auf den Organismus physiologisch und klinisch ge-

Feuilleton.

Weibliche Ärzte und Frauenrechtlerinnen vor 160 Jahren.

Der selige Ben Akiba hat wieder einmal recht behalten, denn es hat sich herausgestellt, daß die heutige Frauenbewegung, die u. a. auch die Einführung weiblicher Ärzte bezweckt, gar nicht so neu ist, wie man für gewöhnlich zu glauben pflegt. Wie Dr. med. Wilh. Kühn (Leipzig) in Heft 4 der „Leipziger Medizinischen Monatsschrift“ *) u. a. auseinandersetzt, hat es schon vor 160 Jahren eine approbierte Ärztin gegeben, und zwar in der Universität Halle die erste, von der bei uns in Deutschland eine Frau zum Doktor der Medizin promoviert ist. Eine Tochter des damals bekannten Quedlinburgischen Arztes Dr. Christian Polycarp Leporin, die sich später an den Diakonus der St. Nikolaikirche daselbst, Christian Erxleben, verheiratete, war von ihrem Vater schon seit ihrer frühesten Jugend in der lateinischen Sprache und später auch in den Anfangsgründen der Medizin unterrichtet. Dadurch erlangte sie nebst ihrem Bruder das nötige Verständnis, die hauptsächlichsten medizinischen Schriften des 18. Jahrhunderts zu verstehen.

Da sie vor mehr als 160 Jahren mit ihren frauenrechtlerischen Bestrebungen allein stand, so sprach sich ihre Geschicklichkeit bald herum und kam im Jahre 1771 zu Ohren Friedrich II. von Preußen, und zwar durch die Kommissarien, welche bei seinem Regierungsantritt die Huldigungen der Behörden in Quedlinburg entgegennahmen. Wir wissen ja, daß der große Preußenkönig in wissenschaftlicher Beziehung nicht kleinherzig dachte, war er es ja doch, der den großen Philosophen Wolff, den sein Vater infolge der Intriguen der Gegner dieses bedeutenden Mannes aus Halle vertrieben hatte, wieder mit allen Mitteln dahin zurückzubringen suchte. So ist es denn auch begreiflich, daß der König am 14. April 1741 der medizinischen Fakultät in Halle den Auftrag gab, Fräulein Leporin zur Promovierung zuzulassen. Aus verschiedenen Gründen entschloß sie sich indes erst im Anfang des Jahres 1754 nach ihrer Verheiratung, sich tatsächlich der Promotion zu unterziehen. In ihrer Doktordissertation behandelt sie die Frage, daß ein schnelles und angenehmes Kurieren oft die Quelle einer nicht genügenden Sorgfalt sei. Die Prüfung fand am 6. Mai 1754 statt; ihr Ergebnis geben wir mit den eigenen Worten des Dekans, Prof.

*) Verlag von Seitz & Schauer, München. Da der hochinteressante ganze Aufsatz weitere Kreise interessieren dürfte, wird das oben bezeichnete Heft der Zeitschrift auch appart abgegeben. (Preis 60 Pf.)

arbeitet. Auch in Frankreich und Italien, allen Orts beginnt man den physikalischen Heilbehelfen Aufmerksamkeit zu schenken.

Wenn nun gegen die Hydrotherapie noch immer der Vorwurf erhoben wird, der Zusammenhang zwischen Aktion und Reaktion sei nicht zwingend erkannt, so möchte ich mir die Frage erlauben, in welchem Zweige der Therapie dies schon der Fall sei.

Daß wir die Innervation beeinflussen, wissen wir, das Wie des Geschehens ist Hypothese.

Ich möchte daher mit einem wiederholt von mir ausgesprochenen Satze schließen, der da lautet: Alle Unvollkommenheiten in der Erkenntnis der Ernährungsstörungen, wie in der Physiologie müssen sich in denen der Therapie wiederspiegeln. Jeder Fortschritt in beiden Wissenschaften wird sich auch in der Therapie, namentlich in der Hydrotherapie, die ja in erster Reihe eine funktionelle Therapie ist, zu erkennen geben müssen.

Die Bedeutung der Diätetik in der Balneotherapie.

Von **Dr. Max Hirsch**, Badearzt in Kudowa.

(Schluß.)

Die Hauptbedingung einer guten Ernährung sind einwandsfreie frische Nahrungsmittel, die. wenn sie animalischer Herkunft sind, von gesunden Tieren abstammen sollen und im unverdorbenen Zustande zur Zubereitung kommen müssen. Das gilt nicht nur vom Fleisch, sondern auch namentlich von der Milch, mit der sehr leicht Krankheiten übertragen werden können. Aber sie muß auch in rohem Zustande genießbar sein, weil viele Patienten einen Widerwillen gegen gekochte Milch haben und das Aroma der rohen Milch schätzen, wenn es auch nach Schloßmann recht zweifelhafter Herkunft ist. Diesen Bedingungen gesellt sich die schmackhafte Zubereitung der Nahrung hinzu, eine Forderung, die nur von der Zweckmäßigkeit der Ernährung in den Hintergrund gedrängt werden darf, aber auch dann nicht vollständig. Denn nach v. Leyden soll die Nahrung an erster Stelle nicht schaden, dann erst erquicken und nützen. Bei der Befolgung der Diätvorschriften muß der Patient oft genug seine ganze Energie zu Hilfe nehmen. Ich brauche sie wohl nur daran zu erinnern, wie schwer es manchem Patienten fällt, auf scharfe Gewürze in der Nahrung zu verzichten, wenn ihm eine blanke Diät verordnet wird, um nicht von den zahllosen Rückfällen zu reden, in die der Patient fällt, wenn der Arzt ihm empfiehlt — nach Meinung des Patienten zumutet — auf sein gewohntes Glas Bier zu verzichten. Andererseits aber ist doch anzuerkennen, wie standhaft in den meisten Fällen die Diätvorschriften befolgt werden, wenn auch das ganze Hauswesen schwer darunter leidet. Vergegenwärtigen Sie sich die Schwierigkeit, wenn die Hausfrau mit Rücksicht auf ein erkranktes Mitglied ihrer Familie eine doppelte Küche zu führen hat und vielleicht noch für kleine Kinder eine dritte! Vergegenwärtigen Sie sich die Mühe, wenn für einen Diabetiker mit seiner zucker- und kohlehydratfreien Kost oder für einen Nephritiker mit seiner von Strauß mit Recht empfohlenen Kochsalzentziehung jede Suppe, jedes Gemüse, jeder Braten nach besonderer Vorschrift angefertigt werden soll und das nicht nur Tage und Wochen, sondern monate- und jahrelang, vielleicht das ganze Leben hindurch dauert! Solche Diätvorschriften sind schwer durchzuführen, aber sie werden durchgeführt; denn „wo der Wille ist, da ist auch ein Weg“.

Wenn nun ein Patient, der auf eine besondere Diät angewiesen ist, seinen Kurort aufsucht, dann sollte er auch berechtigt sein, bezüglich seiner Diät alles zu finden, was er braucht. Denn er ist in dem Orte doch nicht der einzige, sondern er trifft eine mehr oder minder große Zahl von Leidensgefährten, die alle dasselbe Ziel verfolgen, ihren Gesundheitszustand zu bessern. Der Badeort ist mutatis mutandis ein großes Krankenhaus. Wie in einem Krankenhause jeder Patient individuell behandelt wird, auch in bezug auf seine Ernährung, so darf der Patient auch im Badeort eine individuelle Ernährung verlangen. Der Patient hat das Recht zu fordern, daß jede Speise genau nach der ihm gegebenen Vorschrift, seinem Zustand entsprechend, zubereitet werden soll. Freilich muß er damit einverstanden sein, daß er die erhöhte Arbeit, die er an die Küche stellt, mit einem höheren Preis bezahlt; er darf bei der Preisberechnung nicht die table d'hôte zugrunde legen, sondern er muß damit rechnen, daß die Krankenkost in ihrer Zubereitung eine ganz andere Mühe erfordert als die allgemeine Gasthauskost.

In sehr vielen Fällen sucht auch der Patient einen Badeort nur der diätetischen Kur wegen auf. Wie die Verhältnisse heute liegen, kommen dann allerdings wohl an erster Stelle die Sanatorien bezw. Kurpensionate in Frage. Bei einer Reihe von Krankheiten, bei der die balneotherapeutische Behandlung keinen besonderen Einfluß auf das Leiden ausübt, ist es gleichgültig, wo das Sanatorium liegt. Die Hauptbedingung, die der Patient an das Sanatorium stellt, ist eine rationelle Ernährung. Die günstigen klimatischen und landschaftlichen Verhältnisse sind ja recht angenehme und nütz-

---

Dr. Juncker (Hallische Anzeigen 1754, 27. Stück, S. 468), wieder. Es heißt da: „. . . . . und hat die Frau Candidatin in einem zweystündigen examine alle questiones theoreticas und practicas in lateinischer Sprache, mit einer solchen gründlichen Accuratesse und modesten Beredsamkeit beantwortet, daß alle Anwesenden damit vollkommen genügt waren.“

Indes hielt es die Fakultät doch noch nötig, vor der Promotion dem Könige von der Geschicklichkeit der Frau Kandidatin Bericht abzustatten und nochmals anfragen zu müssen, da ein seltener Fall vorlag, ob die Approbation erteilt werden solle. Der König versäumte nicht, die Fakultät dazu zu autorisieren. Die Promotion fand dann am 12. Juni 1754 in der Behausung des Dekans in Gegenwart vieler Personen beiderlei Geschlechtes statt und wurde „der Frau Candidatin der Gradus Doctoris Medicinae und die Freyheit zu praktizieren“ erteilt, sowie auch der gewöhnliche Doktoreid abgenommen. Die Handlung wurde von der neuen Frau Doktor mit einer wohlgesetzten lateinischen Rede beschlossen, worauf sie das Doktordiplom erhielt.

Sie hat auch eine deutsche Schrift herausgegeben, die gerade in frauenrechtlerischer Beziehung von hohem Interesse ist. Diese war sehr umfangreich, nämlich 15 Bogen stark; ihr Titel lautete: „Gründliche Untersuchung der Ursachen, die das weibliche Geschlecht vom Studieren abhalten, darin deren Unerheblichkeit gezeiget, und wie möglich, nöthig und nützlich es sey, daß dieses Geschlecht der Gelahrtheit sich befleiße, umständlich dargeleget wird von Dorotheen Christianan Leporinin, nebst einer Vorrede ihres Vaters, Dr. Christiani Polycarpi Leporin. Med. Pract. Berlin. 1742 in 8tav“, von welcher man später ohne ihr Wissen den richtigen Titel und die dazu gehörige Vorrede wegließ und sie mit einem anderen Titel: „Vernünftige Gedanken von dem Studieren des schönen Geschlechts“, Frankfurt und Leipzig, 1749, und einer anderen Vorrede herausgegeben hat. Es sind in dieser Schrift und in der Vorrede des Herrn D. Leporin „die Widersprüche gegen das Studieren, Promovieren und die rechtmäßige medizinische Praxis der Frauenspersonen gründlich und bescheiden, unter einem angenehmen Vortrage, untersucht und beantwortet.

In demselben Jahre ist auch in Paris eine gelehrte Dame, die Gräfin v. Voisenon, von der medizinischen Fakultät zu ihrer Präsidentin erwählt worden. Sie hat diese Ehrenstelle mit Vergnügen und unter allgemeinem Beifall angenommen und bei ihrem Antritt eine zwar kurze, aber sehr bedeutsame Rede gehalten, in der sie ihren Dank für die Ernennung ausspricht.



liche Beigaben, aber sie treten in den Hintergrund. In neuerer Zeit ist es vielfach Mode geworden, in Kurorten mit bestimmten Indikationen, die von ihren Quellen abhängig sind, auch Sanatorien zu errichten, deren Indikationen denen des Kurortes entsprechen sollen. Diese Einrichtung ist durchaus empfehlenswert. Nur muß betont werden, daß es zu dem Begriff eines Sanatoriums gehört, daß es eine rationelle, das heißt nach den Grundsätzen der Diätetik geleitete Küche führt. Ein Sanatorium, das seine Gäste nicht individuell nach ärztlichen Prinzipien ernährt, sondern auch nur nach den Gesetzen der Gastronomie, und die Ernährung nicht auf dem Fundament einer wissenschaftlichen Stoffwechselbeobachtung aufbaut, verdient nicht die Bezeichnung Sanatorium, sondern ist nichts weiter als ein Logierhaus, auch wenn es zufällig einem Arzte gehört. Immerhin werden doch im allgemeinen in den Sanatorien in bezug auf die Diätetik die Anforderungen, die man an sie stellt, erfüllt. Aber wie sieht es damit in den Pensionen und Hotels aus? Vor sieben Jahren sprach an dieser Stelle Herr Kollege Karfunkel etwas optimistisch über die Ernährung in Kurorten. Ich will demgegenüber aus meiner balneologischen Praxis nur den Fall erwähnen, daß mir eine Logierwirtin direkt sagte, ich erschwere ihr durch die Diätverordnungen, die ich den Patienten gebe, ihre Tätigkeit. Früher hätten die Patienten keine Diätzettel bekommen, und es wäre auch gegangen. Dieser Fall dürfte wohl nicht vereinzelt dastehen; ich glaube vielmehr, daß sich unter Ihnen kein einziger befindet, dem etwas ähnliches nicht begegnet sei. Wenn ich vorhin gesagt habe: „Zu Hause ist eine Diätetik schwer durchzuführen, aber sie wird durchgeführt“, so kann ich wohl mit bezug auf die Hotels und Logierhäuser sagen: „Die Diätetik könnte leicht durchgeführt werden, aber es geschieht in den seltensten Fällen.“

Wenden wir uns nun zu den speziellen Diätkuren, die in Badeorten üblich sind, zu. Ich werde Ihre Zeit nicht mit der Aufzählung der einzelnen Kuren in Anspruch nehmen, sondern ich möchte mir nur erlauben, auf einige Punkte näher einzugehen. Jede diätetische Kur muß von den Grundbedingungen der Ernährungtherapie ausgehen, daß der Stickstoffgehalt des Körpers auf seinem status bleiben oder eventuell nur wenig zunehmen muß. Eine Abnahme des Stickstoffes, eine Einschmelzung des Körpereiweißes, darf nicht vorkommen. Sonst ist die Kur unbrauchbar. Sie wissen, daß man die Schwere eines Diabetesfalles davon abhängig macht, ob der Körper die Kohlehydrate dem Eiweiß seines eigenen Körpers entnimmt und in Zucker umwandelt, und daß man in diesem Falle die Kohlehydratentziehung bis auf weiteres einstellen muß. Eine übermäßige Zufuhr von Eiweiß führt andererseits aber zu einem erhöhten Stoffwechsel und bürdet dem Körper eine unnütze Arbeit auf. Sie führt zu der Luxuskonsumtion des Eiweißes, die unangenehme Erscheinungen im Gefolge hat. Darin liegt gerade der seinerseits so populär gewordene Wert der Lahmannschen Kur, daß er der Luxuskonsumtion entgegenarbeitete und mehr Gewicht auf die Vegetabilien und Nährsalze legte. Von diesem Standpunkte wäre auch, wie Albu empfiehlt, die vegetarische Diät für eine Zeitlang zu empfehlen, da sie die schädlichen intermediären Stoffwechselprodukte der Eiweißübernährung wegschafft. Andere Nährstoffe führen nicht zu solcher Fleischkonsumtion, so daß Hoffmanns Wort berechtigt ist: „Ein Schlemmer und Fresser ohne Fleisch ist garnicht denkbar.“ Die erhöhte Wasserzufuhr steigert nicht den Zerfall der Eiweißkörper, wie v. Noorden im Gegensatz zu Voit ausgeführt hat.

Die gemischte Diät, die beim gesunden Menschen die gewöhnliche Nahrung bildet, besteht bekanntlich bei einem Körpergewicht von 70 *kg* und mäßiger Arbeit aus 116 *g* Eiweiß, 56 *g* Fett und 500 *g* Kohlehydraten oder pro Kilo Körpergewicht bei mittlerer Körpergröße, mittlerem Ernährungszustand und mittlerer Arbeit 40—45 Kalorien (Gilbert).

Die Zufuhr von Kohlehydraten und Fett hat auf den Stoffwechsel keinen so bedeutenden Einfluß wie die von Eiweiß. Es können jedoch auch Fälle eintreten, wo der Stoffwechsel lebhafter wird. Dann muß, wenn man den Körper auf seinem status erhalten will, eine erhöhte Eiweißzufuhr stattfinden. Solche Fälle, die einen lebhafteren Stoffumsatz hervorrufen, sind neben der Arbeit, Gymnastik, Massage, Hydrotherapie und Sport auch Badekuren. Je nach der Menge der Badeprozeduren muß man daher die Eiweißzuführung regulieren, wobei man sorgfältig darauf achten soll, eine erhöhte Eiweißzuführung zu vermeiden.

Von Eiweißzuführung allein könnte der Mensch höchstens acht Tage lang leben. Sie muß durch Fett und Kohlehydrate unterstützt werden, und zwar hängt es von den verschiedenen Krankheiten und von den individuellen Verhältnissen ab, wie man Eiweiß, Fett und Kohlehydrate verteilt.

Die Eiweißfettdiät, das heißt die kohlehydratfreie Ernährung, läßt sich nicht lange durchführen, höchstens zwei bis drei Wochen. Sie kommt beim Diabetes in Frage, muß aber sofort ausgesetzt werden, wenn der Körper sein eigenes Eiweiß einschmilzt. Schott, Nauheim, will sie auch, wenn auch weniger streng, bei chronischen Herzkrankheiten anwenden; indessen hat er nicht viel Anhänger gefunden.

Die fettreiche Diät wendet man gern bei Kachexien, bei Anämien, sowie bei Phthisis an. Aber auch sie ist schwer durchzuführen, da man den Patienten die gewünschte Menge Fett schwer beibringen kann. Laufer, Luxor, hat nachgewiesen, daß Fetternährung bei Phthisis eine Eiweißersparnis im Stoffwechsel bedeutet.

Die kohlehydratreiche Diät (Eiweißentziehung) hat nur historisches Interesse, da sie auch zu den Mitteln gehört, die das Karzinom zur Heilung bringen sollen. Einen Wert hat sie nicht.

Die Eiweißkohlehydraternährung (Fettentziehung) ist bei Leberleiden am Platze; aber der Ausfall des Fettes macht sich infolge seines hohen Verbrennungswertes sehr bemerkbar.

Zur Unterstützung und längeren Durchführung der genannten Kuren, in vielen Fällen als Ersatz für Ernährungskuren, wird man die künstlichen Nährmittel nicht entbehren können; namentlich werden die stickstoffhaltigen viel Anwendung finden. In der Anfangsepoche der künstlichen Nährmittel bevorzugte man diejenigen, die aus animalischem Eiweiß bestanden. Man fand aber an ihnen mitunter unangenehme Nebenerscheinungen: Reizstoffe, die auf die Zersetzlichkeit des Fleisches zurückzuführen sind und den unangenehmen Beigeschmack alten Fleisches. Sodann bevorzugte man die Milch-, Kasëin- und Eierpräparate. Nachdem durch Loewy und Pickardt nachgewiesen wurde, daß das pflanzliche Eiweiß das tierische vollkommen zu ersetzen vermag, hat man dem vegetabilischen Eiweiß, dessen Preis noch dazu erheblich geringer ist, mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Besonders wichtig ist dabei, daß das Pflanzeneiweiß frei von Zellulose dem Magen zugeführt wird, um sofort verdaut zu werden, wie ja auch nach Ad. Schmidt das Fleisch den Magenkranken nie roh gegeben werden soll, sondern erst nachdem durch Kochen oder Braten das Bindegewebe aufgelöst ist. Sonst kommt die Salzsäure, die Bindegewebe nicht auflösen kann, an das Eiweiß des Fleisches garnicht hinan, und eine Verdauung ist ausgeschlossen. Klopfer ist mit seinem Glidine, das er aus dem Weizenmehl herstellt, noch weiter gegangen, indem er durch Zentrifugieren die schwerverdaulichen Stoffe der Randzone des Eiweißes ausschaltet, und nur die im Zentrum des Weizenkorns eingelagerten Eiweißstoffe verwendet, die in ihrer Verdaulichkeit, wie Bergell gezeigt und Weißbein durch die farbenanalytischen Untersuchungen nachgewiesen hat, dem Fleischeiweiß gleichkommen, aber die Reizstoffe des tierischen Eiweißes nicht haben. Da das Glidine backfähig ist, läßt es sich in allen möglichen Formen verwenden und eignet sich am besten für die Herstellung von Brot und Gebäck für Diabetiker. Aus diesem Grunde ist auch Glidine für die Balneologie ein wertvolles diätetisches Hilfsmittel.

Die Entfettungskuren, von denen die von Oertel, Ebstein, Schweninger, Banting jede in ihrer Art besondere Vorzüge hat, sind für die Balneotherapie von großer Bedeutung geworden. Sagt doch Strasser: „Die ganze in



den Bädern geübte Abmagerungskur hat sich zu einer Vollkommenheit entwickelt, welche mit Inanspruchnahme der Diätverordnungen, der Bewegungskuren, der Hydrotherapie und den Terrain- und Badekuren allen Indikationen aufs beste entspricht“. Bei Herzkranken wird wohl die Oertelsche Entziehungskur am meisten Anhänger finden, besonders wenn sie mit seinen Terrainkuren, die ja heute in vielen Badeorten in vollkommener Weise angelegt sind, und seiner Wasserentziehung kombiniert. Gegen den Durst bei der Wasserentziehung empfiehlt Oertel einen Schluck Milch zu trinken, Eisstückchen zu schlucken, oder den Gaumen mit Wasser anzufeuchten. Indiziert sind die Oertelschen Kuren bei Mastfettherz, bei der Hypertrophie und Dilatation der Plethoriker sowie bei den anämischen wasserreichen Herzen. Wichtig ist aber dabei, daß der Gesamtzustand und namentlich das Herz täglich kontrolliert wird.

Mastkuren, die auch im Badeorte bei schwachen Individuen häufig Anwendung finden, sind nach Hegar weniger wertvoll, da das angesetzte Fett nach dem Aussetzen der Kur bald wieder einschmilzt und man von einem Dauererfolge nicht reden kann.

Sie sehen, welch eminente Bedeutung die Diätetik in der Balneotherapie hat. Ein moderner Balneotherapeut ohne genaueste Kenntnis der Diätetik ist undenkbar. Aber so sorgfältig man auch diätetische Vorschriften erteilt, so leidet ihre Durchführbarkeit doch sehr darunter, daß es den Pensionen und Hotels unbequem ist, sie einzuführen. Der Homburger Ärzteverein glaubt, wie Pariser, Homburg, auf dem letzten Balneologenkongreß berichtet hat, dem Übel dadurch abzuhelfen, daß er eine Reihe von Schemata entworfen hat, die den Hotelwirten und Logierhäusern als Richtschnur dienen sollen. Ich nehme nun an, daß die Verordnungen dem Wunsche des Ärztevereins gemäß ausgeführt werden; aber das Verfahren ist doch ein zweischneidiges Schwert. Wir müssen befürchten, daß die Hoteliers zu leicht in die Gefahr geraten, Kurpfuscherei zu treiben, indem sie, wenn sie von dem Patienten die Diagnose seiner Krankheit hören, die fast jeder Badegast kennt, an der Hand der Schema darauf loskurieren. Dann aber ist jedes Schematisieren vom Übel. Gerade in der Diätetik ist eine individuelle Verordnung von wesentlichster Bedeutung. Selbst wenn sie schon die verschiedenen Schemata sorgfältig prüfen, ist doch mit den Gewohnheiten des Patienten stark zu rechnen. Besonders aber sind die gedruckten Diätformulare zu verwerfen, da sie in den Patienten den Gedanken wachrufen können, daß er nicht als Individuum, sondern nach der Schablone behandelt wird. Ich halte es für empfehlenswert, den Patienten erst nach seiner gewohnten Lebensweise zu fragen und dann die Diät nach ärztlichen Grundsätzen zu modifizieren. Die Verordnung der neuen Diät muß aber strikte und bestimmt gegeben sein. Die Worte „viel“, „wenig“, „etwas“ sollten in einer Diätvorschrift nicht vorkommen. Maßgebend ist nur die Wage und die Berechnung des Kaloriengehaltes, sowie weiter die Kontrolle des Stoffwechsels. Vielleicht wäre der Vorschlag am Platze, daß die Kurverwaltungen, ebenso wie sie die Bedeutung der physikalischen Heilmethoden für die Balneologie erkannt und in die Tat umgesetzt haben, auch der Diätetik Rechnung tragen wollten, indem sie in ihre Kurhäuser die individuelle diätetische Küche nach ärztlichen Prinzipien einführen wollten. Ist doch die Ernährungstherapie, wie von Leyden mit Recht betont, „auf der wissenschaftlichen Basis der Physiologie aufgebaut, zu einer exakten Heilmethode gestaltet, am Krankenbette geprüft und erprobt und durch reiche Erfahrung fast zu einer vollendeten Technik fortgeschritten!“ Die großartigen Fortschritte der Ernährungslehre sollen und müssen aber in die Praxis umgesetzt werden; sonst gleichen sie Knospen, die am Baum verdorren, statt sich zu schönen Blüten zu entfalten und nützliche Früchte zu tragen.

Literatur.

Kisch, Grundriß der klinischen Balneotherapie. 1883.
Glax, Balneotherapie. 1906.
v. Leyden—Klemperer, Handbuch der Ernährungstherapie. 1903.
Heim, Die künstlichen Nährpräparate. 1901.
Gilbert, Drei Vorlesungen über diätetische Heilmethoden und Diätetik in der Balneotherapie. 1904.
Dornblüth, Diätetisches Kochbuch.
Tischler, Über die Technik der kochsalzarmen Ernährung. 1906.
Karfunkel, Diätetik für Kurgäste. 1899.
Lahmann, Die diätetische Blutentmischung usw.
Albu, Die vegetarische Diät. 1903.
Rubner, Lehrbuch der Hygiene.
Laufer, Verwertung der Fette bei Tuberkulose. Ztschr. f. phys. und diät. Ther. Band IX, Heft 8.
Loewy und Pickardt, Über die Bedeutung reinen Pflanzeneiweißes für die Ernährung. Deutsche med. Wochenschrift 1900, Nr. 51.
Ad. Schmidt, Die Funktionsprüfung des Darmes. 1905.
Bergell, Über die Untersuchung der Eiweißpräparate. Med. Klin. 1905, Nr. 41.
Weißbein, Über ein neues Verfahren in der Herstellung von Nahrungsmitteln. Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 26.
Straßer, Physikalische Therapie der Fettsucht. 1906.
Hegar, Vorlesungen.
Pariser, Homburger Diäten. 1906.
v. Leyden, Die deutsche Klinik am Eingange des XIX. Jahrhunderts.

III. Referate.

Zur Frühdiagnose des Magenkarzinoms. Von A. Albu in Berlin.

Der Begriff „Frühdiagnose“ kann beim Magenkrebs gegenwärtig nicht mehr anders gefaßt werden als „Erkennung der Krankheit vor Nachweis eines palpablen Tumors“, wobei selbstverständlich auch die Untersuchung in der Narkose eingeschlossen ist. In einer kleinen Zahl von Fällen, in welchen die Kranken frühzeitig ärztlichen Rat nachsuchen, gelingt eine Frühdiagnose in obigem Sinne zu machen durch die gleichzeitige Berücksichtigung der Ergebnisse der Magenfunktionsprüfung einerseits, der Verlaufseigentümlichkeiten der Krankheit andererseits, insbesondere der längst bekannten rapiden Körpergewichtsabnahme der Karzinomatösen. Dieses Symptom macht sich vom ersten Beginn der Erkrankung an geltend, pflegt aber meistens von Kranken und häufig auch vom Arzt erst beachtet zu werden, wenn es zu einer auffälligen Höhe sich gesteigert hat. Hier hat A. nur solche Körpergewichtsverluste im Auge, welche im geringen, aber ununterbrochenen Maße weitergehen, und zwar trotz einer nicht nur zweckmäßigen, sondern auch reichlichen Ernährung, welche auch bei Magenkarzinomen im Anfang der Erkrankung stets durchzuführen ist, wenn sie in vorsichtiger Weise versucht wird: in häufiger Verabreichung kleiner Mengen leicht verdaulicher und sehr nahrhafter Nahrungsmittel. Wenn sich trotz einer solchen nachweislich ausreichenden Ernährung bei regelmäßigen, wöchentlichen Körperwägungen eine dauernd fortschreitende Gewichtsabnahme herausstellt, dann ist die Annahme gerechtfertigt, daß ein den Körperbestand schnell zersetzender Krankheitsprozeß vorliegt, wofür bei chronischen Erkrankungen eben nur das Krebsgift in Betracht kommt. Ein solch langsam aber sicher immer weiter footschreitender Gewebszerfall läßt sich sowohl beim Fundus-, wie beim Pyloruskarzinom unter sorgfältiger Beobachtung oft rechtzeitig erkennen. Die Unterscheidung dieser beiden Formen des Magenkarzinoms gründet sich ja bekanntlich auf die Verschiedenheit des Ergebnisses der Magenfunktionsprüfung: beim Funduskarzinom im Anfang eine gute oder nur wenig herabgesetzte Motilität, aber Fehlen oder starke Verminderung der freien Salzsäure in dem schlecht chymifizierten, oft mit Blutstreifen durchsetzten Mageninhalt — also im wesentlichen das Bild der atrophierenden chronischen Gastritis. Beim Pyloruskarzinom dagegen frühzeitig schon eine stark herabgesetzte Motilität und überschüssige oder normale Salzsäuremenge in dem gut chymifizierten Nahrungsrückstande — also im wesentlichen das Bild jeder Pylorusstenose, nur mit dem wesentlichen Unterschiede, daß bei der malignen Stenose die Salzsäurewerte von Monat zu Monat, ja sogar von Woche zu Woche langsam sinken.

Wenn man selten zu so frühzeitigen Diagnosen eines Magenkarzinoms gelangt, so ist die Ursache zum großen Teil darin zu suchen, daß die Kranken meist schon monatelang leichtere Beschwerden haben, ehe sie ärztliche Hilfe nachsuchen. Wichtiger noch ist der Umstand, daß die Beschwerden im Anfang nicht nur außerordentlich schwanken, sondern in den einzelnen Fällen untereinander so sehr verschieden sind, daß der Anamnese niemals der geringste Wert für die Diagnose des Magenkarzinoms beizumessen ist. Hinter den leichtesten Beschwerden verbergen sich oft schon inoperable Tumoren, z. B. mit Drüsenmetastasen im Omentum. Nur durch die aufmerksamste Beobachtung des Verlaufs der objektiven Krankheitszeichen dürfen wir hoffen, die Frühdiagnose des Magenkarzinoms häufiger stellen zu können, als es gegenwärtig noch gelingt. (Deutsch. mediz. Woch. Nr. 52, 1906.)

*

Die Stellung der künstlichen Frühgeburt in der Praxis. Von Prof. J. Veit.

V. erwägt die Frage, ob die künstliche Frühgeburt, der Kaiserschnitt und die Wendung sich angesichts der Beckenerweiterung ihre Existenzberechtigung noch bewahrt haben. Zwar bezweifelt kein Mensch die Notwendigkeit der Ausführung des Kaiserschnittes; nur wer die Beckenerweiterung überschätzt, wird daran denken können, diese Operation auszuschalten. Aber anders steht es mit der Wendung und der künstlichen Frühgeburt. Während nun die Wendung stets ihre Feinde hatte, die die Berechtigung der Wendung beim engen Becken leugneten, und während man nicht hoffen kann, die Gegner dieser gerade hier sehr segensreichen Operation jetzt zu überzeugen, steht es mit der künstlichen Frühgeburt anders; sie war früher so recht berufen, der Perforation des lebenden Kindes entgegenzutreten; wenn rechtzeitig die Frage aufgeworfen wurde, mußte durch diesen Eingriff jede Perforation überflüssig erscheinen; dieses Ziel ist aber nicht erreicht, und darum ist es nicht unberechtigt, jetzt von neuem die Frage der Berechtigung gerade der vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Beckenenge zu erörtern.

Der Grund schon, der es der künstlichen Frühgeburt unmöglich machte, die Perforation des lebenden Kindes zu verdrängen, lag zum großen Teil in der grenzenlosen Leichtfertigkeit in der Beurteilung der Bedeutung des engen Beckens. Die wenigsten Frauen befragen den Arzt vorher über die Chancen der Entbindung; die Hebammen fühlen die normale Lage des Kindes und sind damit zufrieden; die Messung des Beckens wird erst während der Geburt als notwendig erkannt und erst jetzt der Arzt gerufen. So sind tatsächlich viele Fälle der künstlichen Frühgeburt entzogen worden, welche ihr eigentlich hätten zugewiesen werden sollen.

Durch das vor etwas über 100 Jahren zuerst von Denman eingeführte Verfahren gelingt es unter günstigen Verhältnissen, das Kind lebend an das Licht der Welt zu befördern, ohne daß die Mutter irgendwie gefährdet wird. Wir können in erster Linie die Tatsache nicht leugnen, daß das Leben des Kindes, welches vor der Zeit geboren ist, mehr gefährdet ist, als das eines reifen. Wir wissen auch, daß durch die Operation der künstlichen Frühgeburt selber nicht alle Kinder lebend an das Licht der Welt befördert werden können. Diese beiden Momente ergeben eine gewisse Mortalität der Kinder bei der künstlichen Frühgeburt, und man versucht nun diese abzuwägen gegenüber der Mortalität derjenigen Kinder, welche sonst reif geboren wären, und besonders versucht man die Mortalität der Mütter nach den anderweiten Operationen beim engen Becken in das Feld zu führen. Die Statistik ist aber nicht imstande, über derartige wichtige und praktische Fragen allein zu entscheiden. Auf der einen Seite haben wir bei der künstlichen Frühgeburt einen gewissen Verlust an Kindern, und auf der anderen Seite haben wir Operationen, bei denen das Leben der Mutter gefährdet wird und bei denen ein gewisser Verlust von Kindern auch eintritt. Wenn mir nachgewiesen wird, daß die Zahl der Kinderverluste gleich groß ist, so bleibt immer noch die Mortalität der Mütter übrig, welche zu ungunsten der chirurgischen Operationen spricht, aber die künstliche Frühgeburt als bei weitem leistungsfähiger hinstellt.

Die Kinder, welche durch künstliche Frühgeburt geboren werden, sind zweifelsohne gefährdet. Sie sind kleiner, schwächer, ihre Ernährung ist mühsamer, ihre Widerstandsfähigkeit geringer.

Ungefähr ebenso wie mit der Prognose der Kaiserschnittskinder steht es, wenn auch allerdings nicht ganz so, mit der kindlichen Prognose bei Beckenerweiterung. Hier gehen einzelne Kinder an der Operation zugrunde, weil sie schon gefährdet waren; diejenigen aber, welche lebend und unverletzt geboren wurden, sind gegenüber dem Durchschnitt der frühgeborenen Kinder zweifellos sehr gut situiert.

Man muß also beim Vergleich der chirurgischen Operationen am Ende der Schwangerschaft mit der Frühgeburt ohne weiteres zugeben, daß die Kinder bei der Beckenerweiterung eine gewisse Mortalität haben, die aber bei richtiger Auswahl der Fälle und bei richtiger Technik sehr gering ist, und daß die Kaiserschnittskinder eine völlig gute Prognose darbieten. Der geringen Mortalität der Kinder steht nun als bedenklich zur Seite eine gewisse Mortalität der Mütter, deren Höhe wir noch nicht kennen, die aber nicht durch einfache Statistik bestimmt werden darf. Hier muß man andere Grundsätze der Statistik heranziehen. Jeder einzelne Todesfall muß gewogen werden. In der ersten Zeit war die Erfahrung natürlich noch zu gering, ja man scheute sich, Genaueres über die Todesursachen bei Beckenerweiterung mitzuteilen; man fürchtete als ungeschickt zu gelten, und so verzeichnete man die Todesfälle — aber woran die Frauen nach der Beckendurchsägung, Pubotomie, starben, blieb zuerst unklar. Dann aber kamen weitere Mitteilungen, in denen die Pubotomie als eine sehr einfache und völlig gefahrlose Operation charakterisiert wurde. Mitunter kam aber doch ein Todesfall vor, und nun wurde es klar, daß die Operierten im wesentlichen an den beiden Ursachen auch unserer sonstigen Mißerfolge starben: an Infektion und an Verletzungen unbeabsichtigter Art.

Mit dieser Erkenntnis verband sich die Erfahrung, daß besonders bedenklich diejenigen Operationen verliefen, bei denen beide Ursachen zusammen vorlagen. Direkt an den Folgen der Verletzung, also an Verblutung bei Blasenöffnung, scheinen nur wenig Frauen zugrunde gegangen zu sein. Viel mehr, wenn nicht alle, an Infektion. Ich lasse es dabei noch dahingestellt, wie man sich das Verhältnis der nur saprophytisch in der Scheide lebenden Keime zu den pathogenen zu denken habe; die Frage, ob hier Übergänge möglich sind, ist nirgends so wichtig, wie gerade hier. Bringt man infolge von Nebenverletzungen der Weichteile die subkutane Knochenwunde mit der Scheide in direkte Verbindung, so ist dies für die Wundheilung sicher sehr ungünstig. Nur allzuleicht folgt hier eine schwere Allgemeininfektion durch den Eintritt der Keime in den Raum zwischen die Knochenenden. Je nach Natur oder Anpassungsfähigkeit der Keime kommt es zu einer Lokalisation des Prozesses oder zum Tode der Operierten; es kommt dabei als besonders bedenklich eine Blasenverletzung hinzu. Ist eine solche ohne Zutritt von bedenklichen Keimen erfolgt, so heilt sie wohl regelmäßig aus, am bequemsten unter Anwendung des permanenten Katheters. Sobald aber eine Infektion erfolgte, wird die Prognose dieser Verletzung sehr schlecht.

Nun kann man bei Bewahrung des subkutanen Sitzes der Pubotomie nicht verkennen, daß das Fernhalten der Keime von der Wunde eine technisch sehr einfach und sicher zu lösende Aufgabe ist; es handelt sich nur um die Vermeidung der unbeabsichtigten Verletzungen.

Beim Vergleich der kindlichen Mortalität steht die Beckenerweiterung viel günstiger als die künstliche Frühgeburt; bei der Pubotomie sterben die Kinder, bei denen „versuchsweise“ vorher sehr kräftige Zangenversuche gemacht waren — diese kann man als erfahrener Geburtshelfer jetzt aufgeben — und die Kinder, deren Fruchtwasser durch vielfaches Untersuchen und lange Geburtsdauer mit Fäulniskeimen in Berührung kam und sich zersetzte — auch das ist ver-



meidbar. Die Mortalität der Kinder muß daher bei der Beckenerweiterung sicher geringer sein, als bei der künstlichen Frühgeburt.

Ist daher die Prognose der Pubotomie resp. der Symphysiotomie für den einigermaßen Erfahrenen jetzt gut, so steht es mit den Kaiserschnitt jetzt ebenso; die Mortalität der Mütter hängt hier ausschließlich von der Infektion ab, und daher soll man die schon bedenklichen Fälle nicht mehr laparotomieren.

Um die Stellung der künstlichen Frühgeburt für die Praxis zu bestimmen, dazu gehört in erster Linie die Kenntnis der Fehler dieser und der anderen mit ihr konkurrierenden Operationen. Der Hauptfehler liegt bei der künstlichen Frühgeburt in der Bedrohung des Lebens des Kindes durch den mechanischen Geburtshergang, durch seine Kleinheit und Lebensunfähigkeit bei der Geburt, sowie durch die verminderte Widerstandsfähigkeit im ersten Lebensjahr. Die Gefahr des Kaiserschnittes in der schon vor dem Entschluß zur Operation erfolgten Infektion sowie in der Operationsinfektion; die der Beckenerweiterung in den schweren Verletzungen der Weichteile, wie sie besonders bei Erstgebärenden beobachtet sind.

Die Bedrohung des Kindes durch den mechanischen Vorgang der Geburt ist bei der künstlichen Frühgeburt dann besonders gering, wenn der Kopf in Schädellage vorwiegend spontan durch die Wehen ausgetrieben wird; alle diejenigen Fälle, in denen mit Mühe endlich Wehen eintreten, in denen das Kind quer liegt oder in denen irgend eine weitere Operation notwendig wird, geben für das Leben des Kindes eine schlechtere Prognose.

Diese Fälle muß man möglichst vorher erkennen. Das kann man nicht im Beginn der Schwangerschaft, sondern erst zu der Zeit, zu der die Einleitung beginnen soll. Liegt hier das Kind schlecht oder läßt sich der Kopf nicht mehr hineindrücken, so verzichtet V. auf die Frühgeburt.

Weil ein zu kleines Kind kaum am Leben erhalten werden kann, soll man aber weiter folgern, daß man die Frühgeburt in nicht zu früher Schwangerschaftszeit einleiten soll. V. ist der Ansicht, man dürfe erst nach Beginn des 10. Monates die Einleitung beginnen; wenn das Becken zu eng ist, als daß es um diese Zeit noch ein Resultat ergeben könnte, so verzichtet er auf diese Operation, wartet vielmehr das Ende der Schwangerschaft ab. (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 6, 1907.)

*

Die heutige Therapie der Tabes. Von Dr. E. Froehlich.

Die Therapie der Tabes muß sich nach dem heutigen Stande der Wissenschaft vor allem gegen zwei Symptome richten: die Schmerzen mit ihren Steigerungen in Form von Krisen und die Bewegungsstörungen.

Die symptomatische Behandlung der tabischen Schmerzen wird im allgemeinen mittels Bäder, Ruhe, und vor allem durch Narkotika erfolgen; man wird in Anfangsstadien mit milderen Mitteln auskommen können, vor allem den üblichen Antirheumatizis; auch das Azetanilid und das Pyramidon haben sich hier recht gut bewährt.

Den Gebrauch des Morphiums wird man so lange wie möglich hinauszuschieben suchen, allerdings bei einer tabischen Krise wird man ohne Morphium nicht gut auskommen können.

Einen besonderen Wert muß die Therapie auf die Behebung jener Störungen legen, welche sich in der bekannten Unsicherheit der Bewegungen äußern. Seit Einführung der sogenannten Übungstherapie in den Heilplan können Kranke wieder in einen erträglichen Zustand versetzt werden, welche in früheren Zeiten vielleicht dauernd an den Stuhl gefesselt gewesen wären. Frenkel-Heiden hat die Grundsätze präzisiert, nach denen solche Übungen vorgenommen werden sollen; schaden derartige Übungen doch, wenn sie zweckwidrig von den Kranken ausgeführt werden; die Übung bessert ja nicht die Sensibilität, sie bewirkt nur, daß koordinierte Bewegungen auch mit einem geringen Grade von Sensibilität durch sie ausgeführt werden können. Faure berichtet von 78 Kranken, welche er auf diese Weise behandelt hat, von denen aber 19 wegen zu kurzer Behandlungszeit ausscheiden; von den übrigen hat er 19 Ataktiker vollständig geheilt, bei 40 fand er bedeutende Besserungen. Als Dauer der Behandlung gibt er im Maximum 4 Monate, im Minimum 1 Monat an; da sich das Allgemeinbefinden und das psychische Verhalten seiner Patienten unter der Kur gleichfalls besserte, so glaubt er, die Prognose dahin stellen zu dürfen, daß 75% der tabischen Ataktiker zu bessern seien; allerdings fordert er genügend lange Überwachung und vor allem, daß der Arzt die Technik gut beherrscht, da sich sonst leicht Mißerfolge einstellen können. Diese letztere Forderung erheben alle Autoren, welche sich mit der Übungstherapie befaßt haben. Zur Unterstützung der Übungstherapie sind noch andere Maßnahmen vorgeschlagen worden: so läßt z. B. Negro mit verbundenen Augen üben und will hiemit besonders gute Resultate erzielt haben. Auch die Massage wird vielfach als unterstützendes Moment angewendet. Frenkel rät allerdings hievon ab, da er Massage für schädlich hält; Determann, Pel, Konindgy empfehlen sie; man nimmt an, daß durch die Massage der Ermüdung vorgebeugt wird. Ein ganz anderer Weg wiederum, die Ataxie zu bekämpfen, ist der operative, die blutige Nervendehnung. Schüssler, welcher diese Methode vielfach angewandt hat, rät, die Operation möglichst frühzeitig vornehmen zu lassen; er ist der Meinung, daß der Beginn der Tabes in die Peripherie zu verlegen sei; die durch die Dehnung erfolgende Hyperämie sei das Wesentliche bei der Heilung. Schüssler hat an 44 Patienten 82 blutige Nervendehnungen vorgenommen und hatte nur einen Abgang bei einem durch Quecksilber und Jod sehr heruntergekommenen Menschen. Auch Benedict konnte Patienten demonstrieren, welche nach blutiger Dehnung der Ischiadizi eine ungleich bessere Geh- und Stehfähigkeit erlangt hatten; die unblutige Dehnung hält er zwar auch für nützlich, die blutige ist aber bei weitem vorzuziehen; auch er ist für möglichst frühzeitige Operation.

Die Suspension, welche ja auch eine Dehnung bewirken soll, ist wohl heute gänzlich verlassen.

Um den ataktischen Kranken eine größere Sicherheit zu verleihen, gab man denselben früher oft Korsetts zu tragen. Der Gedanke stammte von Hessing, welcher glaubte, durch das Korsett eine Extension der Wirbelsäule zu erzielen, wodurch wiederum eine bessere Ernährung des Rückenmarks erfolgen sollte. Wie Bade nachwies, ist diese Auffassung falsch, das Korsett dient lediglich als Stütze, die aber in seinen Fällen den Kranken große Erleichterung gewährte, so daß sie wieder imstande waren, Arbeiten zu verrichten. Indem so die Lebensfreudigkeit gehoben wird, der Patient nicht mehr den kranken Eindruck bei seiner Umgebung macht, wirkt das Korsett auch suggestiv auf das ganze Befinden des Kranken. Heute sieht man solche Stützapparate jedoch nur noch sehr selten.

Die übrigen Behandlungsmethoden sind im Laufe der Jahre die gleichen geblieben; die Elektrizität wird in Form des galvanischen und faradischen Stromes zur Anwendung gebracht; der letztere wird meist mittels der Bürste appliziert, teils um die Anästhesie damit zu bekämpfen, teils als örtliches Betäubungsmittel.

Von Bädern kommen die künstlichen und vor allem die natürlichen kohlensäurehaltigen Thermen in Betracht; es sind mäßige Temperaturen zu wählen, heiße Bäder pflegen oft zu schaden.

Von inneren Mitteln wurden außer dem Jod früher vielfach Ergotin und Argentum nitr. empfohlen; während man das erstere kaum noch gibt, pflegt man Höllensteinpillen noch bisweilen zu reichen; sie dürften jedoch in der Hauptsache wohl nur als Stomachikum wirken. (Deutsche Ärzte-Zeitung Nr. 5, 1907.)



IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Sitzung vom 28. Juni 1907.

Hans v. Haberer demonstriert aus der Klinik des Hofrates Prof. Freih. v. Eiselsberg eine 47jährige Frau, die seit 14 Jahren an schweren Gallensteinkoliken litt und bei der die Cholelithiasis in absoluten Narbenverschluß des Choledochus ausging. Offenbar ist es infolge der vielen Gallensteinanfälle, mit dem reichlichen Steinabgange, zu Ulzerationen an der Einmündungsstelle des Choledochus in den Darm gekommen und aus diesem Ulzerationsprozesse kam es zur Narbe. Es wurde die Operation so ausgeführt, daß die Choledochoduodenostomie mit vorübergehender Hepatikusdrainage verbunden wurde. Ausgang in Heilung.

Samuel Bondi: Zur Kenntnis der histologischen Veränderungen von Magen- und Darmschleimhaut im Phloridzin- und Pankreasdiabetes. Vortragender demonstriert mikroskopische Präparate der Magen- und Darmschleimhaut von phloridzinierten Hunden. Man sieht die Drüsenzellen der Magenschleimhaut besonders in der dem Lumen zugewandten Schichte mit reichlichen Fettröpfchen erfüllt. Das Oberflächenepithel ist frei. Desgleichen in den Krypten des Dünndarmes und auch in den Zotten das Epithel und das Stroma reichlich von Fettröpfchen durchsetzt. Derartige Veränderungen, besonders in der Leber, bei Phloridzin und Pankreasdiabetes sind ja bekannt, nicht aber die Fettanhäufung im Magen und Darme. In letzter Zeit hat Lombroso berichtet, daß Pankreashunde ziemlich reichlich Fett in den Darm absondern, doch kann B. der Ansicht Lombrosos aus dem histologischen Befunde von Fett in den Darmzotten auf eine Resorption seines Nahrungsfettes zu schließen nicht beipflichten, nachdem sich ja auch bei hungernden Hunden reichlichst Fett in der Darmschleimhaut findet.

Heinrich Schur und Josef Wiesel machen die interessante Mitteilung, daß es ihnen gelungen sei, im Nephritikerserum Adrenalin chemisch nachzuweisen. Somit ist die mydriatische Wirkung des Nephritikerserums mit Sicherheit auf Adrenalin zu beziehen. Zum Zwecke des Nachweises wird das Serum bei saurer Reaktion mit Alkohol enteiweißt, das Filtrat eingeengt und dann die Eisenchloridprobe angestellt. Die Einengung des Filtrates soll bei Lichtabschluß erfolgen.

Arthur Goldreich berichtet über einen Fall, den er am 1. März d. J. demonstrierte und der von ihm als Caries multiplex angesehen wurde. Die Autopsie ergab jedoch eine septische Infektion im Anschluß an eine klinisch nicht nachweisbare Angina.

Oskar Stoerk demonstriert von einem Falle mit Adams-Stokesschem Symptomenkomplex das Herz mit gummöser Erkrankung des Septum ventriculorum. Im Anschlusse daran meint Jac. Pal, daß die Ursachen, welche den Adams-Stokesschen Anfall im Herzen herbeiführen, jedenfalls verschiedener Art sein können, sonst wäre es nicht zu erklären, daß die Erscheinungen auch vollständig schwinden.

Karl Preleitner: Über Verätzungen durch Lauge bei Kindern. P. hat aus acht Wiener Spitälern innerhalb eines Zeitraumes von 7½ Jahren 362 Fälle von Laugenverätzungen, ausschließlich Kinder betreffend, zusammengestellt. Danach starben an den Folgen der Verätzung 18·6%, 93·3% bekamen bleibende Verengerungen der Speiseröhre durch Narben, bei 10% mußte operiert werden (Gastrostomie), um die Ernährung und Bougierung zu ermöglichen. Diese Zahlen beweisen die Notwendigkeit, Maßregeln zu ergreifen, um die so schweren Unglücksfälle hintanzuhalten. P. bespricht die verschiedenen Maßnahmen, die in anderen Staaten zur Hintanhaltung von Unglücksfällen durch Lauge getroffen wurden (besondere Etiketten, Flaschen von bestimmter Form usw.), hält jedoch alle Palliativmaßregeln zur Hintanhaltung dieser Unglücksfälle sowohl bei uns als auch in anderen Ländern als vollkommen machtlos und kommt zu dem Schlusse, die Regierung sei aufzufordern, radikale Maßnahmen gegen diese so überflüssige Gefährdung der Kinder zu unternehmen. (Absoluten Verbot des Laugenkleinverschleißes.)

Ludwig Teleky begrüßt die Anregung des Vorredners und erinnert daran, daß er im Jahre 1904 eine ausführliche und erschöpfende Arbeit über dieses Thema habe erscheinen lassen. Er sei nicht für ein vollkommenes Verbot des Detailverkaufes der Laugenessenz, da vielleicht ein solches Verbot die Folge hätte, daß zur Reinigung andere ätzende Substanzen (Salzsäure) benützt würden. Er glaubt, ein Verbot des Verkaufes stärkerer Laugen genüge und ist für die Vorschrift Flaschen von bestimmter Form und mit bestimmter Aufschrift.

Diskussion über den in der Sitzung vom 21. Juni von Rudolf Kaufmann gehaltenen Vortrag: Über Kontraktionsphänomene am Magen.

Siegfried Jonas weist darauf hin, daß er gemeinsam mit Holzknecht auf den sogenannten spastischen Pseudosanduhrmagen, offenbar hervorgerufen durch die Kontraktion der Ringmuskulatur an einer bestimmten Stelle, gelegentlich radiologischer Aufnahmen des Magens aufmerksam gemacht habe. Was hingegen das von Kaufmann beschriebene Torsionsphänomen betrifft, so glaube er mit Rücksicht auf das radiologische Bild, das nicht eine Spur von jenen Verhältnissen, welche eine halbwegs kräftige Torsion des Antrums gegen den übrigen Magen zeigt, daß die Torsion nur in äußerst geringem Maße an der Ausbildung des Sphincter antri beteiligt ist, daß die Bildung des Sphincter antri ihrem Wesen nach eine reine Ringmuskelkontraktion ist.

Emil Schütz ist in manchen Punkten zu ähnlichen Ergebnissen gekommen wie Kaufmann. Um festzustellen, ob ähnliche Vorgänge wie beim Hundemagen auch beim Magen der Menschen anzunehmen seien, habe er Untersuchungen an im Kontraktionszustande befindlichen menschlichen Leichenmagen vorgenommen und konstatierte eine deutliche scharfe Abgrenzung des Antrums, welches wie ein zylindrischer Fortsatz dem Magenkörper aufsaß. Die von Kaufmann beschriebene Erscheinung scheint der von Hofmeister und mir beschriebenen präantralen Einschnürung zu entsprechen. Sch. bestreitet die von Kaufmann angenommene physiologische Bedeutung dieser Einschnürung, gegen die nicht nur klinischen Beobachtungen bei Flüssigkeitsaufnahme, sondern auch jedes Zweckmäßigkeitsprinzip spreche. Was die chirurgische Seite dieser Frage betrifft, so haben uns die Chirurgen gezeigt, daß nach dem eingreifendsten operativen Eingriff die glänzendsten, durch die Funktionsprüfung erwiesenen funktionellen Resultate erzielt werden und die Art der Anlegung einer Magenfistel hängt nicht von Belieben des Chirurgen ab, sondern von Art und Sitz des Krankheitsherdes.

Salomon Federn hat gefunden, daß, wenn man den leeren Magen perkutiert, der Perkussionsschall an der Fundusseite des Magens über den Rippen an der Grenze des Sternums leerer oder wenigstens schwächer erscheint als an der rechten Seite an der entsprechenden Stelle; wenn man den Magen nach einer Mahlzeit auf dieselbe Art perkutiert, so findet man, je nach der Größe der Mahlzeit und auch individuell verschieden, den Perkussionsschall auf der Antrumsseite leerer als auf der Fundusseite, was den Mitteilungen Kaufmanns entspricht. Auch konnte er oft die Mitteilung Kaufmanns über die Rinne, welche sich an der kleinen Kurvatur bildet, durch welche Flüssigkeiten gar nicht in den Fundus, sondern gleich in den antralen Teil des Magens kommen, perkutorisch nachweisen.

Rudolf Kaufmann: Zu den Bemerkungen Jonas bezüglich des Vorkommens von Sanduhrmagen müsse man zwei Formen von Sanduhrmagen, angeborene und erworbene Formen, unterscheiden. Die angeborenen sollen dadurch zustande kommen, daß die Speisen in dem sich schlecht kontrahierenden Magen stagnieren und dadurch Läsionen erzeugen. Es scheine ihm naheliegend, anzunehmen, daß auch im Magenfundus, ähnlich wie in anderen Teilen des Magen-



darmrohres (Ösophagus, Pylorus, Mastdarm) oberhalb oder inmitten ulzeröser Schleimhautläsionen eine Neigung zu spastischer Kontraktion der Ringsmuskulatur besteht. Was aber die zweite Bemerkung von Jonas betrifft, daß bei der von ihm beschriebenen Torsion der beiden Magenhälften spitze Winkel an der Einschnürungsstelle entstehen müßten, welche im Röntgenlichte sichtbar werden sollten, so scheine ihm diese in Postulat eine irrtümliche Auffassung der Bewegungsvorgänge am Magen zugrunde zu liegen. Hofmeister und Schütz waren die ersten, welche das Auftreten einer Einschnürung beim Eingang in das Antrum beobachtet und beschrieben haben. Doch dürfe diese Stelle als Sphincter antri pylori nicht angesehen werden, da sich an der betreffenden Stelle ein anatomischer Sphinkter, d. h. eine ringförmige Anhäufung von Zirkularfasern nicht findet. Was die chirurgische Frage anbelangt, so empfehle er selbstverständlich nur in solchen Fällen, bei welchen die Wahl der Stelle, an welcher die Gastroenterostomie angelegt werden soll, freisteht, die Stelle der antralen Einschnürung zu schonen, weil sie anatomisch und funktionell eine wichtige Stelle ist und womöglich die Fistel am Antrum pyloricum anzulegen, weil dann die peristaltische Funktion voraussichtlich am wenigsten geschädigt ist.

Samuel Stern hält seinen angekündigten Vortrag: Wesen der Erinnerungsbilder. (Die ungemein interessanten und lichtvollen Ausführungen eignen sich nicht zu kurzem Referat.) *i. m.*

Dritter Kongreß der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Mannheim.

Dr. Blaschko, Berlin, eröffnete den Kongreß.

Nach Eintritt in die Tagesordnung verbreitete sich Dr. Blaschko, Berlin, über „die Aufgaben der deutschen Gesellschaft auf dem Gebiete der Sexualpädadogik“. Das Interesse für die Fragen der sexuellen Pädagogik sei in den letzten fünf Jahren aus verschiedenen Gründen sehr gewachsen. Die „Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ sei bei ihren Bestrebungen immer wieder auf die Frage gestoßen. Sie habe aber, so sehr sie den pädagogisch-ethischen Charakter dieser Frage anerkenne, zunächst die Sache doch von der hygienischen Seite anzufassen. Der ethische Charakter komme für sie in Betracht, wo sich die ethischen Forderungen in den Dienst der Hygiene stellten, ferner insoweit, als sie das ethische Empfinden des Volkes nirgends verletzen wolle. Die verschiedenen Weltauffassungen werden sich aber trotz dieser gewaltigen Beschränkung auf die hygienische Seite bei den Verhandlungen geltend machen; doch seien alle Anwesenden darin eins, die heranwachsende Jugend vor Gefahren bewahren zu wollen.

Die Reihe der Vorträge eröffnete Frau Prof. Krukenberg, Kreuznach. Sie sprach über sexuelle Aufklärung, speziell über „Die Aufgabe der Mutter und des Hauses“. Die Belehrung des Kindes über sexuelle Dinge, zunächst über Mutterschaft, habe von früher Jugend an unauffällig und gelegentlich zu erfolgen. Es müsse hervorgehen aus eigener, reiner, hoher Auffassung des ganzen Gebietes, dürfe nicht als etwas Besonderes aus dem Rahmen der Gesamterziehung herausfallen und sei eine Folge des Vertrauensverhältnisses zwischen Eltern und Kind. Belehrungen durch die Schule könne nur ein Notbehelf sein. Sei ein reines und weniger prüde denkendes Geschlecht durch Schule und Volksbelehrung herangebildet, so habe die Schule wieder zurückzutreten. Insbesondere seien die unverheirateten Lehrerinnen mit wenigen Ausnahmen zu eigentlich sexueller Erziehung nicht befähigt, Volksschullehrerinnen noch eher als die Lehrerinnen an den höheren Schulen. Nur die verheiratete Frau verbinde mit der vollen Kenntnis jene heilige Scheu und jene Feinheit, mit der die Vorgänge des Geschlechtslebens behandelt sein wollen. Rednerin bespricht dann Einzelheiten, wie Knaben und Mädchen auf verschiedenen Stufen zu behandeln seien.

Die außerordentlich feinsinnigen, bei aller Offenheit taktvollen Ausführungen machten tiefen Eindruck. Ein wundervolles Organ, in dem ganz eigene Gefühlstöne mitschwangen, erhöhte den sympathischen Eindruck. Die Frage war sofort auf die richtige Höhe gebracht.

Über sexuelle Aufklärung in der Volksschule sprachen Hauptlehrer Enderlein, Mannheim, und Lehrer Höller, Hamburg. Enderlein weist zuerst darauf hin, daß die heutige Schule eine offene Darlegung der Geschlechtsverhältnisse noch nicht kenne und erlaube, auch die Lehrer seien im allgemeinen nicht genügend dazu gebildet. Mit der allgemeinen Gesundheitslehre soll die Belehrung nicht verbunden werden, sondern sie soll durch alle Stufen hindurch im Naturwissenschaftlichen gegeben werden. Die letzten Aufklärungen über menschlichen Geschlechtsverkehr und Verirrungen sollen in der Volksschule nicht gegeben werden. Der Redner fordert mehr Wochenstunden für den naturwissenschaftlichen Unterricht, ferner das Recht für die Lehrer, Belehrungen zu geben. Noch wichtiger als die Belehrung sind dem Referenten die diätetischen Mittel körperlicher und geistiger Art, die er aber nur kurz andeuten konnte. Höller ergänzt diese Ausführungen nach verschiedenen Seiten. Den aus der Volksschule austretenden Knaben seien hygienische Ratschläge über Geschlechtsleben nicht zu geben, wohl aber den Mädchen, weil ihnen viel mehr Gefahren unmittelbar drohen. Auch gegen Onanie soll nicht vor allen gesprochen werden, sondern Verdächtige soll man privatim behandeln. Dagegen hat die Volksschule die Aufgabe, durch gründlichen naturwissenschaftlichen Unterricht den Untergrund für hygienische und moralische Belehrungen zu geben. Die bisher erschienenen Bücher geben der Jugend zu viel und zu sehr in einem Atem Belehrungen. Der Referent ist entschieden der Ansicht, daß nicht die Besprechungen über die Pflanzen, sondern die über die Tiere geignet seien, den Untergrund für weitere Belehrungen zu geben. Er gibt einen detaillierten Plan, wie in der Volksschule vom dritten bis achten Schuljahr elterliche Fürsorge vor der Zeugung, Befruchtung, Entwicklung des Eies, Geburt, Aufzucht der Jungen nacheinander behandelt werden sollen.

Prof. Kemsies, Berlin, zeigt, wie in der Mittelschule die Belehrung der Jugend systematisch zu pflegen sei. Er legt seinen Plan ausführlich dar, doch will er in der Anwendung auf den Menschen für die unteren Jahrgänge vorsichtiger vorgehen als Höller. Insbesondere hält er die Botanik wohl dafür geeignet, Ausgangspunkt für Belehrung über menschliche Mutter- und Vaterschaft zu sein. Die wichtigsten Fragen seien nicht „Wie“ und „Wer“, sondern „Wann“ belehrt werden soll. Antwort: Auf allen Altersstufen in systematischer Reihenfolge. Man sah, daß hier von einem tüchtigen Pädagogen und Lehrer ein wohlüberlegter Arbeitsplan vorgelegt wurde.

Als weiterer Referent spricht über sexuelle Aufklärung an höheren Knabenschulen Prof. P. Schöfenaker, Mannheim. Die Aufgabe der Mittelschule muß ihm zufolge darin bestehen, der heranreifenden Jugend einerseits eine natürliche und daher gesunde Anschauung von der Fortpflanzung des Menschen zu geben, und andererseits die Phantasie vor verfrühten und krankhaften Ausschweifungen zu bewahren. Der Naturgeschichtsunterricht soll dahin reformiert werden, daß man auch die Fortpflanzung beim Menschen bespreche. Doch wünscht der Referent dazu keine Benützung von Bildern oder sonstigen Anschauungsmitteln, man dürfe manche Schlußfolgerungen der Jugend allein überlassen. Gute Gedanken äußert der Referent über die Hilfsmittel der Schule (Klassenlektüre, Privatlektüre, Kunst, körperliche Übungen, Erziehung zur Pflicht), um ein reines Phantasieleben zu erhalten.

Lehrer Köster, Hamburg, bespricht dann noch „die Frage der Jugendliteratur in ihrer Beziehung zur sexuellen Aufklärung“. An belehrenden Büchern sei nichts Gutes da, auch Sieberts „Wie sage ich's meinem Kinde“ sei nicht genügend. An dichterischen Werken zeigt Referent, wie sie imstande seien, erotischen Idealismus zu erzeugen. Die land-



läufigen Backfischgeschichten seien nicht bloß dichterisch wertlos, sondern auch moralisch verderblich.

Die Diskussion spitzte sich auf die Fragen zu: Soll die Schule offiziell über Geschlechtsleben, Mutterschaft und Vaterschaft belehren, sollen bloß die Eltern belehren, soll der Arzt oder der Lehrer und die Lehrerin belehren?

Ein Teil der Redner und Rednerinnen meinte, das letzte zu sagen, müsse den Eltern überlassen werden. Die Schule könne vorbereiten, die Eltern anregen und im schlimmsten Falle an die Stelle der Eltern treten; dann aber soll nicht klassenmäßig, sondern individuell mit einzelnen Kindern gesprochen werden. Andere erklärten die Schule für einen jetzt nicht entbehrlichen Notbehelf, es habe aber eine starke Aktion einzusetzen, um durch öffentliche Vorträge die Eltern allmählich zur Leitung und Belehrung zu befähigen. Eine dritte Gruppe trat entschieden dafür ein, der Schule als Recht und als Pflicht die Aufgabe zuzuteilen, die volle Belehrung langsam und in systematischem Aufbau zu vermitteln.

Die Verschiedenheiten der Auffassungen kam zu nicht geringem Teile daher, daß die einzelnen Diskussionsredner verschieden gelagerte soziale Verhältnisse im Auge hatten. Daß man sich über die Punkte, wie weit im einzelnen die schulische Belehrung gehen solle, ob besonders Anschauungsbilder über das menschliche Geschlechtsleben benützt werden sollten, nicht einigen konnte, ist klar; denn hier liegt eine Grenzbestimmung vor, die nun einmal theoretisch nicht von vornweg für alle Belehrenden festgestellt werden kann und immer Sache der einzelnen Lehrpersönlichkeit bleiben wird. Es ist merkwürdig, daß dieser Punkt nicht zu ganz klarer Aussprache kam. Erfreulich ist, daß sämtliche Referenten und Diskussionsredner darin eins waren, daß die Belehrung nur einen Teil und nicht den wichtigsten der sexuellen Erziehung bilde.

V. Literatur.

Doz. Anton Bum, **Handbuch der Massage und Heilgymnastik, für praktische Ärzte.** 4. Auflage. Verlag Urban und Schwarzenberg, Wien und Berlin, 1907.

Die Mechanotherapie hat heute ihr Bürgerrecht in der Heilkunde erworben; ein Blick in die vier Auflagen dieses Werkes beweist, daß es nicht in letzter Linie zu diesem Erfolge beigetragen hat. Ein Jahrzehnt ist verstrichen seit der ersten Auflage des Werkes; nicht ungenützt, wie der reichere Inhalt und die reichere Ausstattung dartut. Im speziellen Teile des Buches wurden die Kapitel „Nervenkrankheiten“ durch eingehende Bearbeitung der Übungsbehandlung bei Erkrankungen des Zentralnervensystems, „Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates“ durch Betonung der Bedeutung der Mechanotherapie für die Unfallschirurgie erweitert. Ebenso wurde die Herzmassage eingehend behandelt. Auch findet man stets Hinweise auf den Zusammenhang zwischen der Mechanotherapie und anderen physikalischen Methoden. Das Buch zerfällt in einen allgemeinen Teil (Einleitung, Historisches, Technik der Massage, Technik der Gymnastik, physiologische Wirkung der Massage, physiologische Wirkung der Gymnastik, allgemeine Anzeigen und Gegenanzeigen der Mechanotherapie) und in einen speziellen Teil (Erkrankungen der Respirationsorgane, der Zirkulationsorgane, des Digestionsapparates, des Nervensystems und des Bewegungsapparates, Hautkrankheiten, Augenkrankheiten, Ohrenkrankheiten, Erkrankungen des Harn- und Geschlechtsapparates, allgemeine Krankheiten).

Das Kapitel: „Mechanische Behandlung der Augenkrankheiten“ verdient besonders hervorgehoben zu werden; es stammt aus der Feder des Chef-Redakteurs dieser Blätter, des Prof. S. Klein (Böringer), der einer der ersten mit diesem therapeutischen Behelf sich beschäftigte und wesentlich beitrug, die Massage in die Augenheilkunde einzuführen. Der Gegenstand ist sehr erschöpfend behandelt und für Spezialärzte wie für Nichtspezialisten in gleichem Maße belehrend. Dieses Handbuch der Massage kann wohl mit Recht als das beste derzeit vorhandene Lehrbuch dieser Disziplin angesehen werden und sollte deshalb in keiner medizinischen Bibliothek des praktischen Arztes fehlen. S.

Über den Diabetes mellitus und seine Behandlung. Von G. Graul (Neuenahr). Würzburg 1907. A. Stubers Verlag (Curt Kabitzsch). 30 Seiten. 0·75 Mk.

Die kleine Schrift ist als Heft 5, Bd. VII der bekannten Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin erschienen.

Ätiologie, Pathologie werden in gedrängter Kürze erörtert, die Therapie jedoch verhältnismäßig ausführlich und sehr anschaulich. Für den praktischen Arzt, der nur wenig Zeit hat, ausführliche Kompendien zu studieren, ist das Schriftchen sehr zu empfehlen, da, wie gesagt, ihm bezüglich der Therapie alles Wissenswerte gesagt wird.

VI. Aus der Praxis.

Über Jodofan. Von Dr. Piorkowski. Aus dem bakteriologischen Institut von Dr. Piorkowski. (Berliner klin. Wochenschrift 1907, Nr. 20.)

Eine große Zukunft dürfte dem Jodofan*) nach den bisherigen Mitteilungen über dieses neue Jodoformersatzmittel mit Sicherheit beschieden sein. Deuteten schon die von Eisenberg erzielten klinischen Resultate darauf hin, daß uns in Jodofan ein Wundheilmittel ersten Ranges geboten wird, welches absolute Reizlosigkeit und Giftlosigkeit mit starker desinfizierender Wirkung vereinigt und dabei geruch- und geschmacklos ist, so lassen die vorliegenden bakteriologischen Prüfungen Piorkowskis in der Tat keinen Zweifel zu, daß wir es hier mit einer in jeder Hinsicht dem Jodoform überlegenen Errungenschaft der chemischen Industrie zu tun haben.

Während Jodoform durch Jodierung des Methans entsteht, wird Jodofan durch Jodierung des analogen Benzols dargestellt. Es bildet ein rötlich-gelbes, kristallinisches, unlösliches Pulver. Seine Wirkung beruht auf der Abspaltung von Jodoformol und leichter Säuerung beim Zusammentreffen mit den alkalischen Wundsekreten.

P. hat die Einwirkung des Jodofans auf Staphylokokken, Streptokokken und Kolibazillen in einer größeren Reihe von sorgfältig durchgeführten Versuchen geprüft. Es ergibt sich aus diesen z. B., daß 0·3 *g* Jodofan auf in Bouillon aufgeschwemmte Staphylokokken so energisch einwirken, daß „während die Kontrolle 60 Keime zeigte, nach 10 Minuten langer Einwirkung nur eine Anzahl von 14 Keimen zu zählen, nach 20 Minuten nur 2 Keime, nach 40 Minuten und später Abtötung der Mikroben eingetreten“ war. Besonders hervorzuheben ist der „erstaunliche Antagonismus“, der an ausgegossenen Agrarkulturen, auf die Jodofan in kleinen Portionen federmesserspitzenweise verteilt war, gegenüber den Bakterien zutage trat. „Während die jodofanfreien Stellen über und über mit Staphylokokken- resp. Streptokokkenkolonien besät waren, war in einer Entfernung von 5 *mm* und mehr, dort wo Jodofan lag, kein Wachstum aufgetreten.“ Die „respektvolle Abkehr der Bakterien“ wird durch die wiedergegebenen Photogramme klar veranschaulicht. Vergleichsversuche mit Jodoform zeigten nie diesen Antagonismus.

Die starke desodorierende und antiseptische Wirkung des Jodofans geht daraus hervor, daß bei Zusatz von etwa 2% Jodofan zu fauligen, jauchigen Substanzen in wenigen Minuten der putride Geruch verschwindet und auch nach 3—4 Wochen während der Aufbewahrung nicht wieder auftrat. Trotz Auftragen einer Suspension von Fäulnisbakterien auf Jodofan bleibt dieses doch steril, insofern als eine Übertragung mittels desselben nicht gelingt.

An Mäusen wies P. ferner nach, daß Infektionen mit vollvirulenten Staphylokokken auf aseptisch angelegten Wunden nicht mehr eintraten, wenn man zwei Stunden vor Einbringung der Staphylokokken die Wunden leicht mit Jodofan bestreut hatte, während das Kontrolltier zugrunde ging.

*) Chemisches Institut Dr. A. Horowitz, Berlin Nr. 24.



P. faßt sein Urteil folgendermaßen zusammen: es geht aus den Versuchen hervor, daß das Jodofan antibakterielle Eigenschaften besitzt, daß es in kurzer Zeit desodorierend wirkt, und daß der von ihm ausgehende Antagonismus Bakterien gegenüber ein außerordentlicher genannt werden kann, was für die „Wundbehandlung von besonderer Bedeutung ist".

Man darf nach diesem summa cum laude bestandenen bakteriologischen Examen den weiteren Leistungen des Jodofan in der Praxis mit großer Erwartung entgegensehen.

Unsere Erfahrungen mit dem neuen Nährpräparat „Visvit". Von Dr. Ferd. Rosenthal, I. Assistent der I. medizinischen Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik. (Prof. Dr. E. Ritter v. Stoffella.) (Berl. klinische Wochenschrift Nr. 48, 1906.)

Das durch die Prüfung an der v. Leydenschen Klinik (**Maaß**) als ein rationell zusammengesetztes, zweckentsprechendes und empfehlenswertes Nährpräparat eingeführte „Visvit" (vis vitae), hat sich als ein wegen des Mangels jeglicher Extraktivstoffe, auch bei Herz- und Nierenkranken gänzlich reizloses Präparat von wirklichem Wohlgeschmack ausgezeichnet bewährt. Von den ausführlich mitgeteilten Krankengeschichten, die samt und sonders für die Leistungsfähigkeit des Visvit ein beredtes Zeugnis ablegen, ist besonders interessant ein Fall von Ulcus ventriculi, bei dem es nach einer Ulkuskur mit Hilfe von Visvit gelang, dem durch das häufige Blutbrechen hervorgerufenen Kräfteverfall wirksam entgegenzutreten trotz der sehr herabgesetzten Verdauungsfähigkeit, welche während der ganzen Rekonvaleszenz von jeder Fleischnahrung abzusehen zwang. Bei sichtlich gesteigertem Appetit war schon nach 14 Tagen eine Gewichtszunahme von 2 *kg* und Steigung des Hämoglobingehaltes zu konstatieren. Daß Visvit auch bei Reizzuständen der Niere unbeschadet genommen werden darf, beweist die Beobachtung an dem 12jährigen Knaben mit Scharlachnephritis und verschiedenen Abszessen. Die bedeutende Entkräftung besserte sich unter Visvitdarreichung rasch. Auch in allen anderen Fällen war außer der raschen Körpergewichtszunahme eine Vermehrung der roten Blutkörperchen und eine auffallende Steigerung des Hämoglobingehaltes wahrzunehmen.

VII. Notizen.

Vorläufiges Programm der vom 19. bis 21. September 1907 in Wien stattfindenden VI. internationalen Tuberkulosekonferenz. 18. September, nachmittags 4 Uhr: Sitzung des engeren Rates. Nachmittags 5 Uhr: Kommissionssitzungen. Abends 8 Uhr: Empfang. 19. September, vormittags 10 Uhr: Eröffnungssitzung. 10½ Uhr: Erste Sitzung: 1. Infektionswege der Tuberkulose. Einleitendes Referat: Hofrat Weichselbaum, Wien. Abends: Geselliges Zusammensein. 20. September, vormittags 10 Uhr: Zweite Sitzung: 2. Anzeigepflicht. 3. Heilstättenkosten. 4. Tuberkulosekongreß in Washington 1908. 5. Angemeldete Vorträge. 21. September, vormittags 10 Uhr: Dritte Sitzung: 6. Bericht über die Fortschritte der Tuberkulosebekämpfung in den einzelnen Ländern. 7. Ernennung von korrespondierenden Mitgliedern. 8. Vorschläge von Ehrenmitgliedern auf der Versammlung des Großen Rates in Washington. Nachmittags: Besichtigung der Heilanstalt Alland. 22. September: Ausflug nach dem Semmering. Anmeldungen zur Teilnahme an der Konferenz werden, soweit sie nicht bereits erfolgt sind, bis längstens 1. August d. J. an die Geschäftsstelle Wien I., Wallfischgasse Nr. 8, erbeten.

Ferialkurse an der medizinischen Fakultät in Wien. Erster Zyklus 5. bis 31. August, zweiter 2. bis 28. September. Die Inskription erfolgt bei den betreffenden Herren Dozenten (respektive Assistenten) und ist das Honorar an dieselben direkt im vorhinein zu entrichten. Außerdem wird ein Zyklus von Fortbildungskursen für praktische Ärzte gehalten, die in der Zeit vom 30. September bis 12. Oktober stattfinden. Die einzelnen Kurse dieses Zyklus umfassen entweder die beiden Wochen vom 30. September bis 12. Oktober oder je eine Woche, was im Programm ersichtlich ist. Endlich wird ein Zyklus von Fortbildungskursen für Mitglieder der Wiener Ärztekammer gelesen; die Kurse finden ebenfalls in der Zeit zwischen 30. September bis 12. Oktober statt. Ärzte, welche nicht Mitglieder der Wiener Ärztekammer sind, können an den letzterwähnten Kursen nach Maßgabe der freien Plätze teilnehmen. Für sie beträgt das Honorar K 20 für einen zweiwöchentlichen, K 10 für einen einwöchentlichen Kurs. Das Programm über die Kurse ist bei den Portieren des Allgemeinen Krankenhauses und der Poliklinik für 20 Heller erkäuflich; dasselbe kann ferner auch per Post vom Dekanate der medizinischen Fakultä gegen Einsendung von 25 Hellern in österreichischen Briefmarken bezogen werden. Auskünfte über die Kurse werden im medizinischen Dekanate erteilt.

Erster Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie (Protektorat Se. kais. u. königl. Hoheit Erzherzog Rainer.) Wien 2. bis 5. Oktober 1907. Vorläufiges Programm: Am 2. Oktober feierliche Eröffnung des Kongresses durch Se. k. u. k. Hoheit Erzherzog Rainer. Da zu den offiziellen Referaten (1. Nierentumoren: Küster, v. Eiselsberg; 2. Nierensteine: Kümmell, Holzknecht, Kienböck; 3. Albuminurie: v. Noorden, Posner) schon eine Reihe Diskussionsredner gemeldet sind, bleiben die Vormittage des 3., 4. und 5. Oktober ausschließlich der Verhandlung dieser Themen vorbehalten. Die Vorträge und Demonstrationen werden nach Maßgabe des Gegenstandes und des Anmeldungstermins an den vier Nahmittagssitzungen zur Verhandlung kommen. Die Geschäftssitzung der Gesellschaft findet in der letzten Nachmittagssitzung (5. Oktober) statt. Es wird nochmals aufmerksam gemacht, daß nur die bis spätestens 15. Juli angemeldeten Vorträge und Demonstrationen bei Feststellung des endgültigen Programms Berücksichtigung finden können. Anläßlich des Kongresses sind auch mehrere Festlichkeiten in Aussicht genommen wie: eine Vorstellung in einem der beiden Hoftheater, ein Empfang im Rathaus, ein Festbankett, ein Ausflug in das Semmeringgebiet. Alle Anmeldungen und Auskünfte erfolgen an der Geschäftsstelle in Wien (Dr. Kapsamer, IX., Maria Theresienstraße 3).

Zweiter internationaler Kongreß für physikalische Therapie in Rom. 13. bis 16. Oktober 1907. Die Meldungen zur Teilnahme an dem Kongreß sind aus allen Ländern so zahlreich eingetroffen, daß schon jetzt ein vollständiges Gelingen desselben vorhergesagt werden kann. Die italienische Regierung gewährt bedeutende Ermäßigung für die Bahnfahrt nach Rom, sowie für den Besuch anderer Städte, Badeorte und klimatischen Kurorte Italiens. Nähere Auskunft bezüglich des Kongresses und der mit ihm verbundenen Ausstellung erteilt der Sekretär des österreichischen Komitees, Priv.-Doz. Dr. A. Bum, Wien I., Deutschmeisterplatz 2.

Zur Geschichte der Influenza. Unsere bisherigen Kenntnisse von einem epidemischen Auftreten der Grippe reichten bis zum Beginn des sechzehnten Jahrhunderts zurück. Man weiß, daß eine solche Epidemie sich im Jahre 1510 von Malta aus über Europa verbreitete. Neuerdings wurde aber aus den Registern des Pariser Parlaments eine Aufzeichnung über diese Krankheit aus dem Jahre 1414 bekannt. Laut dieser Aufzeichnung herrschte im Frühjahre dieses Jahres die Krankheit, die man jetzt als Grippe bezeichnet, so stark, daß am 5. März wegen heftiger Schmerzen im Kopf und in den Gliedern und starkem Schnupfen kein Advokat, kein Prokurator, keine Partei im Justizpalast erscheinen konnte.

Die Verlängerung des Lebens. Das soeben herausgegebene Blaubuch über die britischen Sterblichkeitsziffern enthält eine Reihe interessanter Daten. Es zeigt, daß die Sterbeziffern in England und Wales von 21·74 auf 1000 vom Jahre 1840 auf 18·19 vom Jahre 1900 zurückgegangen sind, und die Zahl der Lebendgeborenen zeigt ein stetes Wachsen. Interessant ist die auf Grund des statistischen Materials gewonnene Feststellung, daß die Frauen im Durchschnitt drei Jahre länger leben als die Männer. Unter den Todesursachen ist die Schwindsucht im Abnehmen; die Zahl von 3457 auf die Million in dem Jahrzehnt 1850—1860 ist auf 2010 in der Dekade 1890—1900 gesunken; dagegen weist der Krebs ein Fortschreiten auf; die Ziffer 758 für die letzte Dekade zeigt eine Zunahme von mehr als einem Viertel gegen die vorhergehenden zehn Jahre.

VIII. Eingesendet.

Dr. Emanuel Bunzelsche Witwen- und Waisenstiftung in Wien: Aus den Interessen dieser Stiftung sind für das Jahr 1907 28 Stiftplätze à K 200 (14 an Christen, 14 an Israeliten) zu verleihen. Diese Stiftplätze können nur an arme Witwen, resp. Waisen (bis zum 16. Jahre K 100) nach in Wien promovierten Doktoren der Medizin, welche österreichische Staatsbürger und deutscher Nationalität waren, verliehen werden. Bewerberinnen um einen Stiftplatz haben ihre mit dem Tauf- oder Geburtsscheine, dem Doktordiplome ihres verstorbenen Gatten, resp. Vaters und dem Nachweise der deutschen Nationalität, welcher erbracht erscheint, wenn die Unterstützungswerberin, bezw. bei Waisen die Eltern bei der letzten Volkszählung die deutsche Sprache als Umgangssprache angegeben haben, belegten Gesuche bis längstens 1. Oktober d. J. beim Wiener medizinischen Doktorenkollegium, I, Rotenturmstraße 19 (Van Swietenhof) zu überreichen.



Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/$_1$, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/$_1$, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/$_1$, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 31. Wien, 3. August 1907. Nr. 31.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Funktionelle Diagnostik des hohen Blutdruckes bei Arteriosklerose und bei chronischem Nierenleiden; die Behandlung derselben.

Von **Dr. Gräupner**, Arzt in Bad Nauheim.

Von einem „hohen" Blutdruck sprechen wir, sobald wir bei einem bestimmten Individuum feststellen, daß dessen Blutdruckhöhe sich andauernd über gewissen Mittelwerten bewegt. Diese Mittelwerte werden von den einzelnen Untersuchern verschieden hoch angegeben, je nach der speziellen Form des angewandten Blutdruckmessers; bei Anwendung von Gärtners Tonometer dürften 9—11$^1/_2$—12 Hg den Mittelwert bilden; bei Anwendung des Riva-Rocci-Instrumentes und bei Verwendung der breiten Manschette von Recklinghausen fand ich Werte, die sich zwischen 115 bis 125 Hg bewegen; Sawada fand in der Rombergschen Klinik eine Variationsbreite des Druckes zwischen 90 bis 120 *mm* Hg und sprach von „sicher erhöhtem" Blutdruck, sobald er 130 *mm* Hg und darüber fand. Schilling*) empfiehlt in der jüngsten Zeit eine 120 *mm* breite Manschette und findet die Normalwerte zwischen 110—125 Hg; die gleichen Werte gibt Janeway an; bei Verwendung schmälerer Manschetten, wie z. B. der Sahli-Cassel-Manschette, nahm ich als obersten Grenzwert zirka 135 *mm* Hg an.

Wir sprechen nur von einem mäßig erhöhten Blutdruck, wenn sich derselbe zwischen 135—160 *mm* bewegt; von einem sehr hohen Blutdruck sprechen wir, sobald wir andauernd 170—200—220 *mm* Hg finden; diese ganz hohen Werte finden wir bei vorgerückter Arteriosklerose und bei Schrumpfnierenprozessen.

Der hohe Blutdruck bildet niemals einen Krankheitsprozeß für sich, sondern stellt nur ein Begleit- resp. Folgesymptom gewisser Krankheitszustände dar, die sich auf dem Boden der Stoffwechselanomalien entwickeln; es sind vor allem Diabetes, Arthritis urica und Lues, ferner bestimmte Nierenerkrankungen, die zu hohem Blutdruck führen. Alle diese Stoffwechseldiathesen führen allmählich arteriosklerotische Gefäßveränderungen in weiten Kapillar- und Arteriolengebieten herbei — zumal im Gebiete des N. splanchnicus. — Nur diese ausgedehnten Veränderungen im Splanchnikusgebiet führen zu einer Erhöhung des Blutdruckes, wie dies bereits von Basch betont worden ist und wie dies durch Kontrolluntersuchungen von Hasenfeld und Romberg bestätigt worden ist; dagegen können umfangreiche arteriosklerotische Herde im Aortenbulbus, ferner in den Zerebral- und Brachialarterien vorhanden sein, ohne daß Blutdruckerhöhung nachweisbar ist. Daher werden wir häufig im klinischen Sinne Arteriosklerose diagnostizieren, ohne daß es möglich ist, gleichzeitig eine Blutdruckerhöhung zu finden.

Überhaupt müssen wir uns vor dem Irrtum bewahren, daß die hohen und höchsten Blutdrucksteigerungen, die wir beim Menschen finden können, durch eine massige und weitverbreitete Sklerosierung der Zirkulationswege bedingt sein könnten! Vielmehr sind es im wesentlichen rein funktionelle Momente, die zu einer Erhöhung der Gefäßspannung der einzelnen Gefäßprovinzen oder im gesamten Vasomotorensystem führen! Die höchsten Blutdruckwerte wurden also durch die erhöhte Spannung im Gefäßsystem herbeigeführt, und wir müssen natürlich in praxi stets auseinanderhalten, wie weit funktionelle Momente den Blutdruck erhöhen und inwieweit eine mechanische Hemmung der Zirkulation infolge des Elastizitätsverlustes der Arterienwände vorliegt. — Nach meinen jahrelangen Beobachtungen schreitet die rein anatomische Sklerosierung der Kapillaren und Arterien außerordentlich langsam vorwärts, solange keine Stoffwechselanomalien vorliegen; ich beobachte 10 Individuen seit 6 Jahren — in den 6 Jahren hat der Blutdruck sich um zirka $^1/_2$ *cm* Hg vermehrt, wenn überhaupt dies sicher nachzuweisen ist.

Wenn wir nun in der Praxis bei einem Patienten Blutdruckwerte über 150 Hg und darüber finden, so werden wir gewöhnlich bereit sein, den hohen Blutdruck durch entsprechende therapeutische Maßnahmen herabzusetzen; wir verordnen Medikamente, von denen wir annehmen, daß sie den Gefäßtonus beeinflussen, wie vor allem Jodsalze, Nitrate; wir verordnen Trinkkuren, Bäderkuren usw. Wohl die meisten Autoren, insbesondere die französischen Ärzte, stehen auf dem Standpunkt, daß der hohe Blutdruck herabgesetzt werden muß; derselbe führe zu einer raschen gewerblichen Destruktion der Gefäßwände; es drohe die Gefäßruptur; ferner führe der hohe Blutdruck zur Hypertrophie des Herzmuskels; ist die Hypertrophie desselben eingetreten, so drohe die funktionelle Erlahmung desselben.

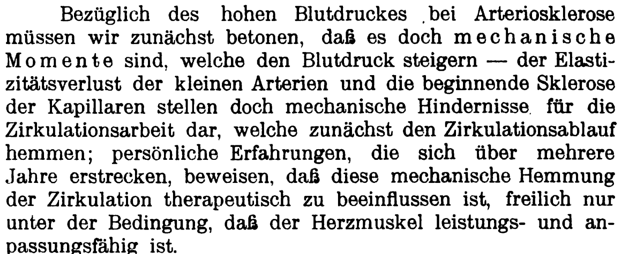
*) Münchener med. Wochensch. 1906, Nr. 23.



Diesen therapeutischen Anschauungen, die in weiten Arztkreisen herrschend sind, trat jüngst Krehl*) mit großer Entschiedenheit entgegen. Krehl steht ebenso wie Bier auf dem Standpunkt, daß der hohe Blutdruck aus kompensatorischen und regulatorischen Zwecken als Notbehelf vom Organismus geschaffen werde: z. B. spanne sich bei der Niereninsuffizienz das Gefäßsystem, nur damit das Blut möglichst rasch durch das verengte Kanalsystem zu den erkrankten Nieren ströme. Je mehr die Nieren destruiert sind, desto rascher müsse das Blut strömen, um seine harnfähigen Substanzen durch die noch funktionsfähigen Teile der Nieren abzugeben. — Krehl vertritt nun die Anschauung, daß wir uns hüten sollten, in das zarte Getriebe der Selbstregulation, die der Organismus als eigener Medikus schaffe, mit grober Hand einzugreifen. Wir dürfen den hohen Blutdruck zunächst nur dadurch bekämpfen, daß wir die Diät regulieren und dem Körper alle Substanzen entziehen, soweit es natürlich mit der Erhaltung des Organismus verträglich ist, deren Abbauprodukte durch die Nieren entfernt würden. Dagegen muß die künstliche Herabsetzung des hohen Blutdruckes die Ausscheidung der harnfähigen Substanzen verzögern und dem Organismus Schaden bringen. — Krehl betont in seinem Aufsatz, daß er den hohen Blutdruck, den wir bei klinischer Arteriosklerose so häufig finden, ebenfalls als einen irgendwie gearteten Regulationsvorgang betrachte; daher sei auch der hohe Blutdruck bei Arteriosklerose ein noli me tangere!

Wenn Krehl die hohe Gefäßspannung bei Nephritiden als regulatorischen Vorgang betrachtet, so werden ihm alle Ärzte beistimmen, die bei der Behandlung der Nephritis das Verhalten des Blutdruckes beständig kontrollieren! Das Ansteigen des Blutdruckes tritt mit Sicherheit bei Nephritiden ein, sobald die Exkretion der harnfähigen Substanzen leidet; der Blutdruck sinkt bei Nephritiden spontan, wenn die Nierenfunktion sich bessert; ich selbst will diesbezüglich hinweisen, daß ich ein bisher unbekanntes Verhalten des hohen Blutdruckes bei Nephritiden gefunden habe. In der Tat weisen meine eigenen Untersuchungen darauf hin, daß der hohe Blutdruck bei Nephritiden einen ganz bestimmten Regulationsvorgang darstellt, in jenem Sinne, wie es Bier und vor allem Krehl andeuten.

Dagegen können wir den Anschauungen Krehls nicht mehr bedingungslos folgen, wenn derselbe auch bei Arteriosklerose ohne weiteres einen Kompensations- bezw. Regulationsvorgang annimmt und wenn Krehl den hohen Blutdruck der Arteriosklerose in Parallele stellt mit dem hohen Blutdruck des Nephritikers.



Bezüglich des hohen Blutdruckes bei Arteriosklerose müssen wir zunächst betonen, daß es doch mechanische Momente sind, welche den Blutdruck steigern — der Elastizitätsverlust der kleinen Arterien und die beginnende Sklerose der Kapillaren stellen doch mechanische Hindernisse für die Zirkulationsarbeit dar, welche zunächst den Zirkulationsablauf hemmen; persönliche Erfahrungen, die sich über mehrere Jahre erstrecken, beweisen, daß diese mechanische Hemmung der Zirkulation therapeutisch zu beeinflussen ist, freilich nur unter der Bedingung, daß der Herzmuskel leistungs- und anpassungsfähig ist.

Ist dagegen der Herzmuskel im klinischen Sinne „insuffizient“, oder ist nur das Anpassungsvermögen des Herzmuskels herabgesetzt — das, was wir auf dem Wege der Funktionsprüfung feststellen können — dann muß allerdings daran gedacht werden, ob nicht die hohe Gefäßspannung — ganz unabhängig von der mechanischen Hemmung der Zirkulation — durch eine regulative Selbsthilfe des Organismus herbeigeführt ist. Wir wollen später im Zusammenhang auf diese Frage eingehen und festzustellen suchen, ob wir die mechanische Hemmung der Zirkulation für sich feststellen können und ob wir die Regulation und Kompensation, soweit sie in hohen Gefäßspannungen bestehen, ebenfalls für sich beurteilen können. Zunächst möchte ich betonen, daß, wenn wir von Arteriosklerose sprechen, stets die rein örtliche Arteriosklerose und die weitverbreitete allgemeine Arteriosklerose unterscheiden müssen. Die örtliche Arteriosklerose, wie sie typisch am Aortenbulbus sich entwickelt und wie sie am Arcus aortae zum Aneurysma führt, dürfte lokalen traumatischen Einwirkungen auf die Gefäßwand ihren Ursprung verdanken. Dagegen tritt immer mehr die Erkenntnis hervor, daß die allgemeine diffuse Sklerose ihren letzten Ursprung gewissen Stoffwechselanomalien schuldet, die zu einer fehlerhaften Ernährung und Schädigung weiter Kapillar- und Arteriengebiete führt, zumal im Splanchnikusgebiet. Trotz ausgedehnter peripherer Arteriosklerose kann indessen der Herzmuskel selbst außerordentlich leistungsfähig sein, selbst wenn an seinen Klappensegeln sklerotische Verdickungen nachweisbar sind. (Schluß folgt.)

*) Deutsche med. Wochenschr. 1905, Nr. 47.

Dritter Kongreß der deutschen Röntgengesellschaft.

Der Kongreß trat unter Vorsitz Prof. Albers zusammen. Die Gesellschaft hat sich gemäß dem Beschlusse der letzten Hauptversammlung eine eigene Bibliothek und eine Sammlung

Feuilleton.

Das Einkommen der Ärzte in Österreich.

Vortrag, gehalten in der Hauptversammlung des Gaues Aussig der Ärzte Deutschböhmens zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen am 5. Mai 1907.

Von **Dr. Gottlieb Pick**, Aussig.

Mancher Arzt hat in den letzten Jahren am eigenen Leibe die traurige Erfahrung gemacht, daß sein Einkommen ein ungenügendes ist. Bisher stand aber der gesamten Ärzteschaft nicht das statistische Material zur Verfügung, um einwandfrei nachzuweisen, wie schlecht es dem ärztlichen Stande geht. Es ist daher mit großer Befriedigung zu begrüßen, daß vor kurzem ein Buch erschienen ist, welches sich mit dem Einkommen der Steuerträger in Österreich beschäftigt, wie es sich nach dem Gesetz vom 25. Oktober 1896 über die progressive Personaleinkommensteuer ergibt. Dieses Buch führt den Titel: „Die Verteilung des Einkommens in Österreich von Dr. Friedrich Leiter (Verlag Wilhelm Braumüller in Wien und Leipzig).

Es wäre zu wünschen, daß sich die Ärzte angelegentlich mit den in diesem Buche veröffentlichten Daten vertraut machen und auch für die allgemeine Verbreitung derselben sorgen möchten; denn nichts ist besser geeignet, den Ärzten sowie der Bevölkerung den ärztlichen Notstand so klar und deutlich vor Augen zu führen, als diese Zahlen, die aus amtlichen Quellen geschöpft wurden.

Einleitend will ich die wichtigsten Bestimmungen des Personalsteuergesetzes vom 25. Oktober 1906 anführen, insoweit dieselben zum Verständnis des nachfolgenden notwendig sind.

Als Einkommensperiode wird in diesem Gesetze das Kalenderjahr festgesetzt.

Die Steuerpflicht ist nach unten begrenzt, indem ein Existenzminimum bis 1200 K steuerfrei bleibt; ein jährliches Einkommen über 1200 K ist steuerpflichtig. Jeder, der ein steuerpflichtiges Einkommen hat, wird im nachfolgenden Zensit genannt.

Das Gesetz statuiert das Prinzip der Haushaltungsbesteuerung; es wird also zum Einkommen des Haushaltungsvorstandes dasjenige der Haushaltungsangehörigen zugerechnet.

Jeder Steuerpflichtige ist verpflichtet, sein Einkommen zu bekennen (fatieren). Dieses Steuerbekenntnis soll innerhalb des ersten Monates eines jeden Jahres bei der Steuerbehörde einlangen.

In dem Bekenntnis ist das Einkommen spezifiziert anzugeben.

In der Fassion ist das Nettoeinkommen einzustellen, sonach das Einkommen nach Abzug der zur Erlangung und



von Röntgenapparaten geschaffen. Das Hauptthema der Beratung bildete die Frage: Welchen Einfluß hat die Röntgendiagnostik auf die Erkennung und Behandlung der Knochenbrüche gehabt? Zu ihr sprach Prof. Wendt (Halle), der den Einfluß auf die in das Gelenk gehenden und auf die periartikulären Knochenbrüche hervorhob. Prof. Sträter (Aachen) sprach über Röntgenographie der Nieren.

Eine der interessantesten Vorführungen des Kongresses waren kinematographische Bilder der Atmung von Gesunden und Kranken. Köhler, Wiesbaden, hat damit zum ersten Male die inneren Vorgänge der Atmung, wie sie sich in der Bewegung und Kuppelbildung des Zwerchfelles, im Heben und Senken der Rippen und den Mitbewegungen des Herzens ausprägen, nach der Methode von Levy-Dorn, lebendig festgehalten.

Da es von größtem Wert für die Erkennung von Lungenerkrankungen ist, gerade den Ablauf durch vitale Erscheinungen des Atmens in aufeinanderfolgenden Serien verfolgen zu können, so eröffnen sich mit dem Gelingen dieser kinematographischen Röntgenaufnahmen weite Perspektiven. Denn bisher gelingt es zwar, Krankheitsprozesse des Lungengewebes selbst, falls sie mit Verdichtung oder Auflockerung verbunden sind, auf der photographischen Platte als dunkle oder helle Schatten zur Darstellung zu bringen, nicht aber die feineren Veränderungen in dem Bewegungsspiel der Brustorgane, wie sie gerade in den Anfangsstadien der Lungenschwindsucht auftreten.

Holzknecht (Wien) skizzierte den derzeitigen Stand der röntgenologischen Diagnostik der Magentumoren. Gerade in unserer Zeit, wo die Frage der frühzeitigen Erkennung des Magenkrebses angesichts der erschreckend hohen statistischen Ziffern weite Kreise beschäftigt, haben die Röntgenstrahlen neue Aufschlüsse über die Gestalt und Lagerung des gesunden und kranken Magens geliefert. Gibt man dem Patienten Wismutbrei ein, so zeichnen sich die Konturen dieses schweren Metallsalzes deutlich auf dem Röntgenbild ab und lassen damit die Innenfläche des Magens in ihrer ganzen Ausdehnung, mit ihren Verdauungsbewegungen und Einschnürungen genau überschauen. Es ist klar, daß auch Vertiefungen, wie sie durch Geschwüre der Magenschleimhaut entstehen, oder Höcker, die durch bösartige Neubildungen wie Krebs verursacht werden, auf diese Weise zur Anschauung gelangen müssen.

Für den Patienten hat das Röntgenverfahren auch insofern Wert, als er nicht sofort mit dem Magenauspumpen Bekanntschaft zu machen braucht, das gerade Nervöse und Kränkliche so oft vor der ärztlichen Untersuchung abschreckt und sie auf diese Weise die kostbarste Zeit verlieren läßt. Im Gegensatz dazu ist die Röntgenuntersuchung weder unangenehm, noch stellt sie an die Nerven des Patienten besondere Forderungen.

In technischer Hinsicht erforderten die plastischen Röntgenbilder von Béla Alexander besonderes Interesse. War es ihm schon vor einem Jahre gelungen, die feine Struktur des Knocheninnern plastisch im Bild erscheinen zu lassen, so traten jetzt mit der außerordentlichen Vervollkommnung seiner Methodik, die in einer Mehrplattenüberdeckung beruht, auch gewisse Feinheiten der Weichteile hervor, so daß die Hoffnung wohl berechtigt ist, daß eine Anzahl Details, die bei dem gebräuchlichen Verfahren noch verloren gehen, in Zukunft die Erkennung krankhafter Veränderungen an Weichteilen und Knochen werden erleichtern können. Dohan (Wien) konnte oft mit Hilfe des Röntgenverfahrens beginnende Lungenspitzeninfiltration feststellen, wo die klinische Untersuchung im Stich ließ. Gergö (Budapest), setzt auseinander, warum Röntgenbilder nicht einfache Schattenbilder genannt werden können. Schwarz (Wien), demonstrierte seinen Füllungsradiometer zur Bestimmung der Röntgendosis.

Aus den sonstigen Beratungen sind folgende zwei Beschlüsse hervorzuheben:

1. In Erwägung, daß der medizinische Gebrauch der Röntgenstrahlen ernste Unfälle und eventuell soziale Gefahren verursachen kann, daß ferner die Ärzte allein fähig sind, die durch die Diagnostik und Therapie gewonnenen Resultate zu deuten, hält die deutsche Röntgengesellschaft es für notwendig, zu erklären, daß die verantwortliche Anwendung der Röntgenstrahlen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken durch nichtapprobierte Personen einen Akt ungesetzlicher Ausübung der Medizin darstellt.

2. Für die Dosierung der Röntgenstrahlen werden von der Intensitätskommission folgende Ratschläge erteilt: „Bei therapeutischen Verfahren sollte stets der Härtegrad der Strahlen angegeben werden; irgendeine der gangbaren Meßmethoden — direkte oder indirekte — soll angewandt werden. Eine bestimmte Dosierungsmethode läßt sich zurzeit nicht in den Vordergrund stellen. Wird die Schwärzung einer photographischen Schicht als Maß für die Wirkung der Röntgenstrahlen angewandt, so vergleiche man dieselbe mit derjenigen des Lichtes (Hefner-Kerze). Als wissenschaftliche Einheit der Gesamtmenge der Röntgenstrahlen wird diejenige eines Strahlenkegels von Winkelöffnung 1 angenommen, welche auf ein im luftleeren Raum aufgestelltes Platinblech fallen und von diesem absorbiert die Elektrizitätsmenge 1 in einer Sekunde erzeugt".

Sicherstellung desselben aufgewendeten Mittel. Dieses Nettoeinkommen stellt das Gesamteinkommen dar, also nicht nur das Einkommen aus dem Berufe, sondern auch das Erträgnis aus Gebäuden, Grundbesitz und Kapitalien.

In die Fassion sind feststehende Bezüge mit denjenigen Beträgen einzubeziehen, welche sie im vorangegangenen Jahre tatsächlich erreicht haben, veränderliche Bezüge dagegen nach dem Durchschnitte der letzten 3 Jahre.

Die Personaleinkommensteuer wird in Österreich nach Einkommenstufen veranlagt; einer jeden Einkommenstufe entspricht ein bestimmter Steuersatz, und zwar wird der Steuersatz progressiv nach der Höhe des Einkommens berechnet in der Weise, daß dasselbe bei dem niedrigsten steuerpflichtigen Einkommen 0·6% beträgt und dann langsam bis gegen 5% steigt. Durchschnittlich wird 1·9% des Nettoeinkommens als Personaleinkommensteuer gezahlt. Soviel über die allgemeinen Grundsätze.

In bezug auf das Einkommen der Ärzte (offiziell geführt unter der Rubrik Sanitätswesen), ist zu bemerken, daß die Statistik gesondert geführt wurde für selbständige und angestellte Ärzte. Als Merkmal wurde folgendes Schema aufgestellt. Ärzte (Bahn-, Werks-, Distriktsärzte) sind, wenn die Dienstbezüge größer sind, unter die angestellten, wenn das Einkommen aus selbständigen Unternehmungen (also Privatpraxis) größer ist, im allgemeinen unter die selbständigen eingeteilt; doch sind im Staats- oder Landesdienste angestellte Sanitätspersonen immer als angestellte gezählt. Aus dieser Definition ist zu ersehen, daß auch ein Teil der Bahn-, Werks- und Distriktsärzte unter die angestellten Ärzte gezählt werden, wenn eben ihr Einkommen aus der Anstellung größer ist, als das aus der Privatpraxis. Der Bericht über das Sanitätswesen führt an, daß man annehmen sollte, daß die Zahl der Ärzte übereinstimmt mit der Zahl der Zensiten; dies ist aber durchaus nicht der Fall; die Zahl der Zensiten bleibt erheblich hinter der Zahl der Ärzte zurück.

Bei einer Gesamtzahl von Ärzten im Jahre 1898 von 9204 wurden nur 6388 Zensiten gezählt, und zwar 4431 unter den selbständigen, 1937 unter den angestellten Ärzten. — 2814 Ärzte hatten in Österreich kein Reineinkommen von 1200 K. Es sind also besteuert 70%, unbesteuert 30%; fast 1/3 aller Ärzte in Österreich verfügen nicht über ein Reineinkommen von 1200 K. Zur Erklärung genügt es nicht, darauf hinzuweisen, daß es immer mehr üblich ist und von der Öffentlichkeit verlangt wird, daß der Arzt nach Erlangung des Doktordiploms noch einige Jahre sich in einem Krankenhause praktisch betätige, um erst dann an die selbständige Niederlassung zu schreiten, und diese Jahre im Krankenhause dem Arzte keines oder ein verschwindend geringes Einkommen bringen; den 30% aller Ärzte sind nicht als Subalternärzte in Krankenhäusern beschäftigt. Es gibt daher in Österreich auch eine größere Anzahl von praktischen Ärzten, die nicht über ein Einkommen von 1200 K verfügen.



III. Referate.

Diagnose und Behandlung der Erkrankungen des Dickdarms. Von Professor Dr. C. A. Ewald.

Ewald beschränkt sich auf die Besprechung der Sigmoiditis und Perisigmoiditis, dann der sog. Colitis mucosa, oder wie er diese Erkrankung bezeichnet hat, der Myxoneurosis intestinalis membranacea.

E. bespricht vor allem die Untersuchungsmethoden, die uns ermöglichen, in vollkommener Weise wie früher die unteren Abschnitte des Mastdarms bezw. Dickdarms direkt zu besichtigen, und demonstriert das von Otis konstruierte und nach ihm benannte Spekulum. Dasselbe besteht im Prinzip aus zwei Entenschnäbeln, die nahe dem oberen Rande mit Hilfe eines Gelenkes aneinander gefügt sind. Mit ihrer löffelartigen Krümmung entsprechen sie der Höhlung des Mastdarmes. Man führt sie in der Knie-Brustlage zunächst derartig in den Mastdarm ein, daß die unteren Enden aneinander liegen und eine Spitze bilden. Selbstverständlich müssen sie vorher mit Vaseline oder Fett bestrichen werden. Ist das Instrument bis an den vorderen Rand eingebracht, so bringt man die Löffel, indem man die als Hebelenden wirkenden Handgriffe einander nähert, zum Auseinanderklappen, wobei die im Darm befindlichen Teile also gewaltsam auseinander gezogen werden. Durch eine an dem Handgriff befindliche Sperre kann man sie in jeder beliebigen Entfernung von einander feststellen und braucht sie also, wenn der Patient sehr empfindlich ist, nicht ad maximum auseinander zu bringen. Die Manipulation muß möglichst schnell vorgenommen werden. Die Wände des Rektums werden dadurch auseinander gedrängt und die eindringende Luft bläht den Darm weit auf. Eine elektrische Glühlampe, welche an dem oberen äußeren Rande des Löffels angesetzt wird, leuchtet tief in den Darm hinein und läßt den ganzen Bezirk der ambulla recti auf das genaueste übersehen. Man erhält auf diese Weise ganz ausgezeichnete Bilder des unteren Rektalabschnittes, die etwa eine Strecke von 8—10 *cm* umfassen, also bis in die Gegend der Plica recto-romana reichen. Leider ist die Anwendung dieses Spekulums durch die damit verbundene übermäßige Dehnung des Sphinkter meist sehr schmerzhaft. Durch vorgängige Anästhesierung nach der Schleichschen Infiltrationsmethode mit Kokaïn oder auch durch gründliches und möglichst hoch hinauf gehendes Betupfen der Analöffnung mit Wattebäuschen, die in eine starke 10prozentige Kokaïnlösung getaucht sind, kann man auch bei empfindlichen Patienten das Spekulum ohne Schwierigkeit einführen. Indessen braucht man zur Einführung des Instrumentes einen Assistenten. Da aber ein solcher auch für die Benutzung der breiten, von Cusco angegebenen und von Ricord modifizierten, hohlrinnenartigen gestielten Löffel, mit denen übrigens immer nur ein Teil der Mastdarmschleimhaut übersehen werden kann, nötig ist, so ist darin kein besonderer Nachteil des Instrumentes von Otis zu suchen.

Weiters zeigt er das Kellysche sogenannte Longoproktoskop. Es besteht aus einem geraden Metalltubus, der bis zu 35 *cm* Länge hat. Er ist mit einem Obturator versehen, dessen unteres kolbiges Ende mit zwei seitlichen Rinnen versehen ist, um einen Ausgleich der Luft im Darm und der Außenluft zu ermöglichen. Der Amerikaner Tuttel hat dem Kellyschen Instrument eine eigenartige Modifikation gegeben, welche darin besteht, daß eine Vorrichtung angebracht ist, mit welcher man Luft in den Darm von außen eintreiben kann, nachdem der Obturator aus dem eingeführten Tubus entfernt ist. Auf diese Weise bläht sich der Darm auf, und es ist möglich, mit der Spitze des Instrumentes über die Plica recto-romana hinaus in den unteren Schenkel des Sigma einzudringen und bis an die obere Biegung desselben zu kommen. Zu dem Zweck trägt der Tubus einen kleinen seitlichen Ansatz, an dem ein Doppelgebläse angebracht werden kann.

Das äußere Ende des Tubus wird nach Herausnehmen des Obturators mit einer Glasplatte verschlossen, so daß die eingeblasene Luft nicht nach außen entweichen kann, sondern wie schon gesagt, den Darm aufblähen muß. Die Beleuchtung kann entweder so bewirkt werden, daß man das Licht einer starken elektrischen Lampe von außen in die Röhre hineinwirft (aufgesetztes Casparsches Panelektroskop) oder, daß man eine kleine sogenannte kalte Lampe an dem inneren Ende des geraden Tubus anbringt. Rosenheim empfiehlt die erstere Beleuchtungsmethode, Tuttel benutzte die letztere, die von H. Strauss zweckmäßig modifiziert worden ist. Er demonstrierte das Instrument ebenso wie das

---

Wie verteilt sich nun das Einkommen bei den besteuerten:

	selbständ. Ärzte	angestellte	Summe	Einkommen
	1271	685	1956	1200— 2400 K
	959	599	1558	2400— 3600 „
	1461	558	2019	3600— 7200 „
	476	79	555	7200—12000 „
	284	16	300	über 12000 „
Summe	4451	1937	6388	

Es ergibt sich aus dieser Zusammenstellung, daß fast der dritte Teil (30%) aller steuerzahlenden Ärzte nur ein Einkommen von 1200—2400 K haben, darunter sogar noch 185 Ärzte in der untersten Stufe von 1200—1300 K rangieren; 1/4 (25%) haben ein Einkommen von 2400—3600 K, fast 1/3 (31%) von 3600—7200 K; nicht einmal 1/10 (9%) 7200 bis 12000 K und nicht einmal 5% oder in ganz Österreich nur 300 Ärzte verfügen über ein Reineinkommen von mehr als 1200 K.

Das Einkommen von mehr als 3000 K, also ein Einkommen, welches als kaum hinreichend oder bestenfalls nur in den Stufen über 6000 K als nur eben für einen bescheidenen Haushalt zulänglich zu erachten ist, hatten nicht einmal die Hälfte der besteuerten und nicht der dritte Teil sämtlicher Ärzte.

Dies gilt für ganz Österreich. Ich will im nachfolgenden die Daten für Wien und Böhmen besonders anführen.

In Wien waren im Jahre 1898 unter 1930 Ärzten 1158 Zensiten, also nur etwas über die Hälfte der Wiener Ärzte hatte ein Einkommen von über 1200 K; dasselbe verteilte sich folgendermaßen. Wien:

	selbständ. Ärzte	angestellte	Summe	Einkommen
	182	55	237	1200— 2400 K
	137	61	198	2400— 3600 „
	333	73	406	3600— 7200 „
	153	18	171	7200—12000 „
	139	7	146	über 12000 „
Summe	944	214	1158	

Böhmen: Gesamtzahl der Ärzte 2401, Zensiten 1692; daher hatten 809 Ärzte oder 1/3 aller Ärzte Böhmens ein Einkommen unter 1200 K, das versteuerte Einkommen verteilte sich folgendermaßen. Böhmen:

	selbständ. Ärzte	angestellte	Summe	Einkommen
	369	232	601	1200— 2400 K
	259	167	426	2400— 3600 „
	306	170	476	3600— 7200 „
	100	23	123	7200—12000 „
	65	1	66	über 12000 „
Summe	1099	593	1692	

In Böhmen sind, wie aus dieser Tabelle ersichtlich, noch ungünstigere Verhältnisse als in ganz Österreich; denn es entfallen 36% auf das Einkommen von 1200—2400 K, 25·5% auf 2400—3600 K, 28% auf 3600—7200 K, 7% auf 7200 bis 12000 K und nur 3·5% über 12000 K. Während für ganz Österreich 45% ein Einkommen von mehr als 3600 K aufweisen, entfallen auf Böhmen nur 38·5% und während für ganz Österreich und auch für die meisten Kronländer die größte Zahl der Besteuerten auf die Stufe von 3600—7200 K entfällt, ist in Böhmen die größte Anzahl der Besteuerten in der niedrigsten Einkommenstufe von 1200—2400 K.

(Schluß folgt.)



von O t i s. Die Einführung geschieht ebenfalls in der Knieellenbogenlage, am besten auf einem Operationstisch, dessen obere Platte drehbar ist, so daß der Kopf des Patienten tief nach unten, das Gesäß hoch gelagert ist.

Mit diesen beiden Instrumenten gelingt es, uns eine vorzügliche Übersicht über alle die krankhaften Veränderungen zu verschaffen, die innerhalb der angegebenen Strecke ihren Sitz haben. Fissuren, Rhagaden, hochsitzende Varixknötchen, Blutungen, entzündliche und eitrige Prozesse der verschiedensten Art und endlich die mannigfaltigen Neubildungen, Karzinome, Polypen, Kondylome und andere mehr lassen sich direkt besichtigen, erkennen und eventuell mit Hilfe des Rektoskops lokal behandeln.

Bei den e n t z ü n d l i c h e n P r o z e s s e n, welche sich an der F l e x u r a S i g m o i d e a und um dieselbe herum abspielen, handelt es sich um eine mit Anschwellung und Bildung eines schmerzhaften Wulstes, der S-Flexur einhergehende Erkrankung, die mit den Zeichen einer akuten Entzündung, Fieber, Schleim-, Eiter- und bluthaltigem Stuhlgang, sowie spontanen und Druckschmerzen an der betreffenden Stelle verbunden ist. Es fehlen die Symptome einer anderweitigen Darmerkrankung, vor allem einer Perityphlitis oder bei Frauen einer Adnexerkrankung, und es fehlen die Zeichen einer diffusen Peritonitis. Dagegen kommen zirkumskripte um das Sigma gelegene Peritonealerkrankungen, also eine Perisigmoiditis hinzu. Immer besteht ein gewisser Tenesmus und es gilt als ein besonderes Charakteristikum, daß den Entleerungen und dem Tenesmus Schmerzen in der linken Fossa iliaca vorangehen. Meist ist der Zustand mit einer schweren Obstipation verbunden, doch kommen auch diarrhoische Entleerungen oder ein Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung vor.

Isolierte, d. h. auf das Sigma allein beschränkte Erkrankungen sind sehr selten. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um eine diffuse Kolitis, die entweder von oben nach unten oder von unten nach oben aufsteigt.

Sieht man sich aber in solchen Fällen die Schleimhaut mit dem Rektoskop an, so findet man dieselbe stark gerötet, samtartig aufgetrieben und gelockert und an einzelnen Stellen mit kleinen Blutstückchen bedeckt. Schon bei der Einführung des Tubus macht sich die Neigung zu Blutungen bemerklich. Auch findet man wohl die Darmwände dicht aneinander gelegt, so daß sich in die vordere Lichtung der Röhre eine lippenförmige Wulst einstellt, die dem Vordringen des Instrumentes einen gewissen Widerstand entgegengesetzt. So kommt es, daß man bei verschiedenen Untersuchungen ein und derselben Person das einemal weiter, das anderemal weniger weit in den Darm vordringen kann. Die Hauptsache ist aber, daß man sich auf diese Weise davon überzeugt, es sind keine anderweitigen Erkrankungen, Ulzerationen, Polypen oder bösartige Neubildungen vorhanden.

Die Behandlung der Sigmoiditis muß eine lokale und diätetische sein. Sie wird in erster Linie die etwa vorhandene Verstopfung beheben müssen und dazu die verschiedenartigsten Mittel benötigen. Indeß ist wohl darauf zu achten, daß sowohl die Abführung im engeren Sinne als auch die rein mechanischen Maßnahmen, Eingießungen und Massage den Spasmus in vielen Fällen steigern und dadurch den Krankheitsprozeß, statt ihn zu beheben, verschlimmern. Hier sind warme Öleingießungen oder Eingießungen von warmem kalmierenden Tees, am besten Kamillentee, noch am meisten am Platze. Nicht selten wirkt aber unter solchen Verhältnissen das Opium in Verbindung mit der Belladonna geradezu zauberhaft. Man gibt es in Form von Suppositorien, wobei die Opiumdosis nur eine äußerst geringe, höchstens 2—5 *g* des Extractum opii sein darf. Daneben wird man lokale Eingießungen von Adstringentien, 1—2% Tanninlösung oder 1 promillige Silberlösung, die man eventuell mit Hilfe des eingeführten Tubus direkt in die hohen Darmabschnitte einlaufen lassen kann, anwenden. E d l e f s e n hat auf das Vorkommen einer von ihm sogenannten Sigmoiditis besonders hingewiesen, die sich besonders infolge von Kotstauung während des Puerperiums entwickeln soll. Aber hier handelt es sich bei genauerem Zusehen nicht um eine Sigmoiditis, sondern um eine Perisigmoiditis, d. h. um eine zirkumskripte Peritonitis, welche durch Übergreifen der Entzündung von der Darmschleimhaut auf die Darmserosa entstanden ist. Diese Prozesse muß man aber doch als eine weitere Ausgestaltung von der einfachen Sigmoiditis trennen, und der Vorwurf, den ihm E d l e f s e n macht, daß E. die Bedeutung der Sigmoiditis unterschätzt hätte, indem er sagte, daß es sich dabei nur um einen neuen Namen für eine alte Sache handle, d. h. für Zustände, die wir bisher als akuten oder chronischen Katarrh des Colon descendens bezeichnet haben, trifft nicht zu. Auf der anderen Seite ist mir noch niemals ein Fall begegnet, in welchem die zirkumskripte Peritonitis so stark ausgesprochen gewesen wäre, daß sie zu einem operativen Eingriff Veranlassung gegeben hätte, wie dies etwa bei den perityphlitischen Exsudaten der Fall ist. Warme Umschläge, Kataplasmen, Moorumschläge und dergleichen dürften meistens die etwaigen Schmerzen beseitigen und das Exsudat zur Verteilung bringen. Geschwierige Prozesse, Neubildungen müssen lokal behandelt, respektive entfernt werden. (Guss. med. Rundschau Nr. 2, 1907.)

*

Zur Kenntnis einiger seltener Störungen bei der Basedowschen Krankheit. Von M. M o s s e.

Das Auffallende in dem einen Falle besteht darin, daß bei einer Patientin mit früher sehr ausgesprochenen, jetzt gebessertem Morbus Basedowii rechtsseitiges G r a e f e sches Zeichen, linksseitige Ptosis besteht. Bei dieser Ptose dürfte es sich nicht um eine Lähmung des Sympathikus handeln, da Sympathikuslähmungen nicht auf den M. torsalis superior allein beschränkt bleiben, sondern sich auch durch Miosis und Exophthalmus offenbaren. Da diese beiden letzten Erscheinungen hier nicht vorhanden sind, handelt es sich also um eine Lähmung des Levator palpebrae. Wir haben aber r e c h t s s e i t i g e s G r a e f e s c h e s Z e i c h e n, l i n k s s e i t i g e L ä h m u n g d e s L e v a t o r p a l p e b r a e.

Es lassen sich die Augenerscheinungen in diesem Falle ungezwungen durch eine doppelseitige Beteiligung des Lidhebers deuten. W i l b r a n d und S a e n g e r, die bei Besprechung des G r a e f e schen Falles einen ähnlichen Fall mitteilen, nehmen eine doppelseitige Affektion des L e v a t o r k e r n e s an; in ihrem Falle bestand links leichte Ptose, rechts auffallende Retraktion des Oberlides und deutliches G r a e f e sches Zeichen. Die Autoren meinen, daß die Erkrankung des Kernes rechts zu einem Reizzustand, links zu einem Lähmungszustand des Lidhebers geführt habe.

Jedenfalls dürfte die Mahnung berechtigt sein, der U h t h o f f bei Besprechung des gelegentlichen Vorkommens von nukleären Augenmuskellähmungen bei der B a s e d o w schen Krankheit Ausdruck gibt, den Lähmungserscheinungen im Bereiche der Bulbärnerven und besonders auch der Augenbewegungsnerven in bezug auf die Pathogenese der Erkrankung mehr Berücksichtigung zu schenken, sei es, daß man direkte pathologische Veränderungen der Medulla oblongata für das Primäre hält, sei es, daß man diese als einen Locus minoris resistentiae für die Einwirkung der Produkte der Schilddrüse im Sinne von M ö b i u s, B r i s s a u d u. andere ansieht.

Ein zweiter Fall kann zunächst als Beispiel für die noch kürzlich von S e n a t o r hervorgehobene Tatsache gelten, daß die Größe der Struma und die Stärke der übrigen Basedowerscheinungen in keinem geraden Verhältnis zu einander stehen. Es bestand nämlich hier gar keine Vergrößerung der Schilddrüse, und doch war hochgradige B a s e d o w sche Krankheit vorhanden.

Fernerhin ist in diesem Krankheitsfalle auffallend der hohe Grad der Unregelmäßigkeit der Herztätigkeit, der schon vor mehreren Jahren festgestellt ist. Ihn auf eine gleichzeitig bestehende Arteriosklerose zurückzuführen, geht trotz des Alters der Patientin kaum an, da andere Erscheinungen von Arteriosklerose nicht nachweisbar sind. Wir müssen also an-



nehmen, daß die starke Irregularität und Inäqualität des Pulses Folge einer Schädigung des Herzens durch die Basedowsche Krankheit als solche ist. Ob es sich nun bei dieser Schädigung um einen Angriffspunkt des hypothetischen Giftes am Zentralnervensystem oder an den Herzganglien oder direkt am Myokard handelt, das ist weder in diesem Falle, noch überhaupt, wie dies Krehl mit Recht betont, mit Sicherheit zu entscheiden. (Berliner klinische Wochenschrift, Nr. 1, 1907.)

*

Die Behandlung der Impotenz. Von Prof. Fürbringer in Berlin.

F. versteht unter diesem Titelbegriff die absolute und relative Impotentia coëundi, mit anderen Worten die Unmöglichkeit, den Beischlaf in normaler Weise, beziehungsweise überhaupt auszuführen. Es begreift sich, daß die wichtigste Bedingung des krankhaften Zustandes in der Störung der Erektionsfähigkeit des Gliedes zu suchen ist, ohne welche eine Immissio penis nicht möglich ist. Zählen zu den Kardinalbedingungen der vollständigen Potenz außerdem die Libido, der Orgasmus und die Ejakulation, so ist mit der Störung auch dieser drei Momente der Begriff der normalen Facultas virilis unvereinbar.

Es gibt mechanische Hemmungen der Potenz (Mißbildungen, Defekte der Genitalien) und die sogenannten idiopathischen Formen ohne bekannte Ursache. Die an zweiter Stelle genannte Kategorie zerfällt in die großen Gruppen der organischen und funktionellen Grundleiden, von welchen letzteren die Intoxikationen und vor allem die neurasthenischen Zustände in Betracht kommen.

Da, wo die Impotenz durch mechanische Behinderung des Beischlafs aus Anlaß abnormer Zustände des Membrum virile und seiner Nachbarschaft bedingt ist, ist die Behandlung eine fast ausnahmslos chirurgische.

Erweisen sich die Potenzstörungen durch Zuckerharnruhr, Fettsucht, Nephritis, Tabes und sonstige organische Läsionen des Zentralnervensystems bedingt, so hat die Therapie im allgemeinen den für diese Krankheiten geltenden Grundsätzen zu folgen. Weitaus die besten Erfolge läßt die Obesitas zu, zumal dann, wenn sie die einzige Grundlage der Potenzstörung und dauernd rationell bekämpft wird. Warnen müssen wir aber vor einer allzu rigorosen, mit allen Faktoren zugleich einsetzenden, schwächenden Entziehungskur. Auf solch einseitige brutale Eingriffe in den Stoffwechsel pflegt das geschädigte Geschlechtssystem noch feiner zu reagieren als die meisten durch die krankhafte Fettaufstapelung in ihrer Funktion beeinträchtigten Organe. Ähnlich verhält sich der der Impotenz verfallene Diabetiker, der nicht selten einen auffallend mangelhaften Parallelismus zwischen Intensität und Fortschritt des Grundleidens und der Störung des Geschlechtsvermögens darbietet. Richtige Heilungen wird man hier nur in Ausnahmefällen erzielen können. Die der Fettleibigkeit gegenüber wesentlich ungünstigere Prognose der Zuckerharnruhr läßt das verständlich erscheinen. Nicht wenige Fälle mindern auch während der sorglichsten, im übrigen erfolgreichen antidiabetischen Kur ihre Geschlechtsinvalidität überhaupt nicht. Mit der Therapie der die Brightsche Krankheit und Schrumpfniere begleitenden Potenzstörungen sieht es begreiflicherweise noch trüber aus; ausgesprochene Besserungen bedeuten die schon glücklichen Ausnahmen. Schwere, vorgeschrittene Formen lassen natürlich Grübeln über die Verfassung der Geschlechtskraft kaum auskommen. Ganz unberechenbar liegen die Verhältnisse bei der Tabes. Am günstigsten noch oder richtiger am wenigsten trostlos scheinen diejenigen Fälle sich anzulassen, in denen Erektion und Ejakulation nach bedenklicher Abnahme von Libido und Orgasmus auffallend lange erhalten bleiben. Doch zählen solche neuerdings als gesetzmäßig aufgestellte Formen kaum zur Regel. Im Gegenteil begegnen wir mit großer Häufigkeit der Erektionsschwäche bei erhaltenem und sogar gesteigertem Geschlechtstrieb.

Besonderes Interesse beansprucht die Impotenz, die durch den Morphinismus hervorgerufen wird. Selbst dem Erlöschen der geschlechtlichen Fähigkeit sich nähernde Verminderungen der Potenz auf dem Wege der Lähmung der Reflexerregbarkeit oder Gefühlsabstumpfung weichen oft genug schnellen namhaften Aufbesserungen und selbst richtigen Heilungen mit der Einleitung rationoller Entziehungskuren. Weiters wäre der Alkoholismus, der nach Fürbringer die Potenz in spezifischer Weise nicht oder kaum zu lähmen pflegt. Für die Impotenz der Säufer muß vielmehr die hochgradige alkoholistische Neurasthenie als wesentliches Zwischenglied verantwortlich gemacht werden, weshalb wir auf die nunmehr abzuhandelnde Gruppe der nervösen Impotenz verweisen.

Die psychische Impotenz ist jene Form, deren ungetrübtes Bild uns besonders junge Eheleute, die sich niemals eine Schwächung durch sexuelle Mißwirtschaft schuldig gemacht, sich zu keiner Zeit „nervös" gefühlt haben, in der ersten Zeit nach ihrer Verheiratung vorführen. Diese rein moralischen Formen verlangen eine psychische Behandlung; sie zählen gleich jenen, bei welchen die begleitenden neurasthenischen Beschwerden nicht tief greifen, beziehungsweise auf die Geschlechtsgegend sich beschränken, zu den glücklichsten Aufgaben für den erfahrenen inneren Arzt, der über die nötige allgemeine psychiatrische Bildung verfügt. Meist ist der erste Schritt zur Heilung getan, wenn es gelungen, dem unter der Herrschaft der erregten Hirntätigkeit über die Hemmungsnerven stehenden Patienten die volle Erektionsfähigkeit seines Gliedes zu Gemüte zu führen.

Für die Behandlung der impotenten Neurastheniker bildet die Therapie der sexuellen Neurasthenie als solche die Grundsätze. Unter dieser verstehen wir eine mehr oder weniger deutlich sich klinisch abhebende Form der Neuropathie, die meist durch sexuelle Schädlichkeiten herbeigeführt wird und deren Klinik stets geschlechtliche Störungen darbietet, meist als hervorstechende, den Grundcharakter bestimmende, nicht selten als einzig vorhandene nervöse Symptome. Es begreift sich, daß jene Störungen, die innerhalb weitester Grenzen mit der Symptomatologie der onanistischen Neurose zusammenfallen können, die buntesten Formen der Impotenz, und diese wieder mit dem zweiten geschlechtlichen Kardinalsymptom, den krankhaften Samenverlusten, die verschiedensten Kombinationen ausprägen kann. Für uns kommen nur jene Fälle in Betracht, in denen die gesunkene Geschlechtskraft den Rat des Arztes einholen läßt, oder doch in der Krankengeschichte die Führung übernimmt. Dem Kau. salitätsprinzip entsprechend bildet die nächste und, je weitere Kreise die reizbare Schwäche des Nervensystems in ihr Bereich gezogen, umso dringendere Aufgabe für den Arzt, das allgemeine antineurasthenische Heilverfahren, das bei der Neurose sexuellen Ursprungs kein anderes ist, als bei jeder Neurasthenie anderer Verursachung.

Nicht dringend genug kann die individualisierende, sorglich ausprobende Anwendung der genannten Maßnahmen bei den Trägern unserer Störung mit ihrem besonders empfindlichen sexuellen Nervensystem angeraten, nicht ernst genug vor einer energischen schablonenhaften Therapie gewarnt werden, wie sie leider von nicht wenigen Routiniers, zumal in Anstalten, geübt wird. Dies gilt auch in nicht zu unterschätzendem Maße für die nicht nachweisbar von neurasthenischen Zuständen als Grundleiden in Abhängigkeit zu bringenden „idiopathischen" Potenzstörungen.

Gering ist der Nutzen der medikamentösen Behandlung. Weder Lupulin noch Kampfer, weder Kanthariden noch Phosphor, auch nicht das ganze Heer der neuen „Nervina" haben je eine annehmbare Wirkung deutlich werden lassen. Eher schienen die Brompräparate, das Strychnin und Kokaïn hie und da fördernd zu wirken.

Auf einem anderen Boden steht die noch vor einigen Jahren aktuelle Behandlung der Impotenz mit Organextrakten, speziell mit den von Brown-Séquard inaugurierten subkutanen Injektionen von Hodensaft und namentlich von



Poehlschem „Spermin", dem „wirksamen", den Organismus von Autointoxikationen entgiftenden Bestandteil der Böttcherschen Spermakristalle. F. würde nach dem negativen Resultat seiner eigenen und anderen Nachprüfungen die Bedeutung des Mittels, das eine enorme Literatur lobenden Inhalts, vorwiegend russischen und französischen Ursprungs, geschaffen, als abgetan ansprechen, wenn nicht die Möglichkeit einer günstigen Beinflussung der Neurasthenie und mit ihr der Potenzstörung einen gewissen rationellen Kern rettete.

Nahezu eine gleiche Aufregung hat unter Ärzten wie Patienten die an Tieren erschlossene erektionserregende Wirkund des von einer Kameruner Apozynee stammenden Yohimbin (Spiegel) hervorgerufen, und auch heute noch gelangt das Mittel, nachdem sich mehrere anerkannte Autoritäten für dasselbe ausgesprochen, in der salzsauren Verbindung, unter der Form von Tabletten (zu 0·005, täglich dreimal ein bis zwei Stück) zu ausgedehnter Verwendung.

F. glaubt, daß das Yohimbin nicht, wie bereits behauptet wird, das erste sicher und auf die Dauer wirkende Genitalmittel ist, das nur selten versagt, sondern daß es nur in der tiefen Minderzahl der Fälle von Erektionsschwäche verschiedenen Ursprungs annehmbarer günstiger Wirkungen fähig ist, ohne unangenehme Nebenerscheinungen zu setzen, also die Mißerfolge beim Menschen weit überwiegen.

Ebenso wenig Erfolg verspricht sich Fürbringer vom Muirazithin.

Zu erwähnen wäre noch der Alkohol. So bedenklich sein Mißbrauch gerade bei den depotenzierenden funktionellen Nervenleiden und so groß die Gefahr der Potenzlähmung im vollendeten Rausch, so wertvoll erweist sich oft eine milde Herrschaft des Fürsten Alkohol durch temporäre Anregung des Libido mit entsprechender Erektionsfähigkeit. Zu dieser Wirkung des notorischen Anstifters im sexualen Leben, der einen nicht zu leugnenden Einfluß auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und unehelichen Geburten übt, tritt nicht selten der heilsame retardierende Einfluß auf die verfrühte Ejakulation.

Zum Schlusse kommt F. auf die spezialistische Lokaltherapie zu sprechen. Er kann Gonorrhoe, auch nicht die Urethritis chronica posterior prostatica als Vollursache schwerer Potenzstörungen gelten lassen. Sonden, Delatatoren, reizende Injektionen erzielen nur geringen Erfolg, eher noch die Arzbergerschen Kühlapparate, die Kühlsonde nach Winternitz usw.

Impotenten gegenüber soll man nie außer acht lassen, daß neben all den genannten Verfahren der bereits im Beginn dieses Vortrages angedeutete Begriff der reborierenden Gesundheitspflege eine wichtige Rolle spielt. Nach Fürbringer stehen obenan in der Therapie bei sexueller Neurasthenie und Berufsimpotenz zumal der Stubenhocker, auch bei gewissen psychischen Formen die Leibesübungen in frischer Luft. (Deutsche Med. Wochenschr. Nr. 7, 1907.)

*

Zur Technik der Radikaloperation der Kruralhernien. Von Prof. Br. Kader, Direktor der chirurgischen Universitätsklinik in Krakau.

K. führt die Radikaloperation der Kruralhernien folgendermaßen aus:

1. Mäßige Beckenhochlagerung. Längsschnitt über den Bruch. Der Bruchsack wird nicht eröffnet, aus seiner Umgebung stumpf isoliert, wobei man am Bruchsackhalse möglichst weit nach oben geht. Provisorische Tamponade der Wunde.

2. Eröffnung der Bauchhöhle durch einen zweiten kleinen Längsschnitt, 1—2 *cm* oberhalb des Poupartschen Bandes. Die Haut kann auch durch Verlängerung des unteren Schnittes getrennt werden. Zwischen dem unteren Peritonealmundwinkel und dem Bruchsackhalse bleibt ein $1^1/_2$—$2^1/_2$ *cm* breiter Saum des Peritoneums unverletzt. Die Umgebung der Öffnung des Bruchsackhalses wird revidiert, eventuelle Verwachsungen werden getrennt, adhärentes Netz reseziert, Bruchsackinhalt entleert usw.

3. Ist der Bruchsack leer, so wird derselbe von unten her vermittels einer Kornzange durch den Kanal in die Peritonealhöhle um- und eingestülpt.

Läßt sich dieses von unten her nicht gut bewerkstelligen, so führt man eine dünne Kornzange von der Peritonealhöhle aus in den Bruchsack ein, faßt den Boden desselben und zieht ihn, indem man ihn gleichzeitig umstülpt, in die Bauchhöhle ein.

Sind die im Bruchsack vorhandenen Eingeweide mit dem Brucksacke verwachsen, so wird in Fällen, wo es sich um das Netz handelt, das letztere von der Laparotomiewunde aus dicht am Eingang in den Bruchsack reseziert; ist der Damm vorgefallen und verwachsen und läßt sich die Umstülpung und das Vorziehen des Bruchsackes nicht ganz leicht durch Zug am Darm von der Bauchhöhle aus ausführen, um bereits daselbst die Lösung des Darmes zu vollziehen, so wird der Bruchsack loko geöffnet, die Trennung der Verwachsungen dort vollzogen und mit dem Sack erst jetzt, wie oben dargelegt, verfahren.

4. Die obere Öffnung des Kruralkanals wird mit zwei bis drei Seidennähten, welche das Ligamentum Poupartii an das Periost des horizontalen Schambeinastes und des Ligamentum pubicum Cooperi bezw. an die Faszia und den Musculus pectineus annähen, verschlossen. Die Nähte müssen nicht zu stark angezogen werden, und werden in der Richtung von innen hinten nach außen vorne angelegt, um desto sicherer die Verletzung des Beckenteiles der Vena formalis zu vermeiden.

Vorher wird, um die Anlegung der Naht zu erleichtern, der Peritonealüberzug in der Umgebung des Kruralkanals in möglichst geringer Ausdehnung abgelöst.

5. Der in Form eines Kegels nach oben und vorne vorgezogene Bruchsack wird jetzt mit Seide abgebunden, wobei die durch den Bruchsack durchgestochene Ligatur nicht zu nahe dem Boden des Kegels angelegt wird. Das freie Ende des Bruchsackes wird recht lang abgeschnitten. Bei kleinen Bruchsäcken wird nichts abgetrennt.

6. Der Stumpf des Bruchsackes wird mit einer oder mehreren der die Peritonealwunde verschließenden Nähten mitgefaßt, angezogen und recht hoch am Peritoneum parietale in der Wunde fixiert. Zu hoch darf derselbe nicht vorgezogen werden, damit unterhalb, also zwischen dem Peritoneum und dem Schambeinast kein zu großer leerer Raum entsteht. Die Peritonealwunde wird mit Seidennähten verschlossen, wobei die Fäden von der Bauchhöhle aus, im Bereiche des Peritoneums, ein- und ausgestochen werden, so daß breitere Peritonealflächen des Wundrandsaumes als sonst aneinander adaptiert werden. Die Naht faßt gleichzeitig die Innenfläche der Muskeln bezw. der Faszien.

7. Die untere Öffnung des Kruralkanals, das Foramen ovale, wird dann mit Seidennähten verschlossen, und zwar entweder in der Quer- oder in der Längsrichtung, in welcher die Spannung geringer ist. Im letzteren Falle immer, sonst nach Bedarf, wird die Vena saphena unterbunden und reseziert, damit das Foramen ovale gänzlich geschlossen wird und besonders im Falle des Verschlusses in der Längsrichtung keine Stenosierung der Vene entsteht. Der innere Teil der Nähte faßt den Musculus pectineus.

8. Genaue Naht der Muskeln bezw. der Faszien oben und unten mittels Katgut. Eventuell auch Naht des Unterhautzellgewebes mit Katgut zur Vermeidung der Hohlräume. Verschluß der Hautwunde mit dünner Seide.

Die Operierten bleiben drei Wochen lang im Bett.

Die Vorzüge der Methode sind:

1. Spannung des die Gegend des Kruralkanals auskleidenden Peritonealüberzuges, vor allem aber die Bildung eines nach oben in die Bauchhöhle vorragenden, aus dem Peritoneum hergestellten Kegels an Stelle der früher trichterförmigen Vertiefungen des Bauchfelles.

2. Der Bruchkanal wird in zwei Elagen verschlossen. (Wr. klin. Wochenschr. Nr. 50, 1904.)



IV. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter".)

Sitzung vom 16. Mai 1907.

Adolf Hecht stellt einen Fall von Purpura mit Pertussis vor.

Norbert Swoboda demonstriert einen 11jährigen Knaben mit ungewöhnlich hochgradigem kongenitalen Morbus coeruleus vor. Es handelt sich wahrscheinlich um Stenose der Pulmonalarterie, kombiniert mit Septumdefekt. Bemerkenswert ist dieser Fall aus drei Gründen: 1. Wegen des gleichzeitigen Bestehens von Lungentuberkulose; 2. wegen Beteiligung der Knochen bei Bildung der Trommelstockfinger; 3. wegen des Zusammentreffens mit Hemeralopie, welche seit etwa einem halben Jahre bemerkt wird. Weiters beiderseits Xerosis superficialis eine häufige Begleiterscheinung der Hemeralopie.

Ferner stellt Swoboda ein vierjähriges Mädchen mit akuter Nephritis nach Anwendung von höchstens 30—40 *g* einer 3%igen Teersalbe vor. Dieselbe wurde wegen eines nässenden Ekzem der Kopfhaut gebraucht. Dieser Fall muß zu größerer Vorsicht beim Gebrauch von Teerpräparaten mahnen, um so mehr, als in den meisten Lehrbüchern und Rezepttaschenbüchern sehr oft große Dosen, z. B. Dauerverbände mit 5—10%igen Teersalben bei Kopfekzem der Säuglinge, empfohlen werden.

Theodor Escherich glaubt, daß die Resorption durch die offenen Wundflächen begünstigt wurde.

Hermann Schlesinger erklärt, daß bei Einwirkung von Teer und Teerpräparaten auf den Organismus die individuelle Disposition eine sehr große Rolle spielen dürfte.

Wasservogel demonstriert einen elfjährigen Knaben mit bilateraler Hemiatrophia faciei, welche seit zwei Jahren besteht und einen progredienten Verlauf nimmt. Der Krankheitsprozeß ist auf beiden Seiten gleich weit vorgeschritten, weshalb es auch zu keinerlei Asymmetrie des Gesichtes gekommen ist, wie dies sonst gewöhnlich der Fall ist. Es wird an dem Knaben die von Gersuny und Moszkowicz inaugurierte Behandlung der Hemiatrophia faciei mittels subkutaner Injektionen von Vaselin vorgenommen werden.

Wilhelm Knoepfelmacher demonstriert ein von einem zweijährigen Kinde stammendes anatomisches Präparat von Verlegung der Trachea durch eine verkäste Bronchialdrüse.

Adolf Baumgarten stellt einen Fall von peripherer linksseitiger Hypoglossuslähmung mit Hemiatrophie der Zunge vor. Die Lähmung ist auf eine vor 2½ Jahren ausgeführte Operation an der linken Halsseite zurückzuführen.

Berthold Schick: Die physiologische Nagellinie des Säuglings. Abgesehen von Nagelveränderungen (entzündliche Paronychien) bei luetischen Säuglingen finden sich auch zuweilen nicht entzündliche Nagelveränderungen bei Säuglingen in Form von Querlinien. Ihre Entstehung wird auf Magen-Darmkatarrhe, beziehungsweise auf Lues bezogen. Vortr. beobachtete solche Querlinien auch bei ganz gesunden Kindern in einem bestimmten Alter als physiologische Erscheinung. Um den Beginn der fünften Lebenswoche, häufiger gegen Ende derselben erscheint bald früher am Daumen, bald früher an den Fingern eine wallartige Linie, die, mit dem Vorrücken deutlicher werdend, bogenförmig mit dem konvexen Rand gegen das freie Ende des Nagels gerichtet, quer über den Nagel verläuft. Um den 60. Lebenstag hat die Linie die Mitte des Nagels erreicht und gelangt um den 90. Tag an den freien Rand des Nagels. Am weistesten voraus ist die Linie meist am Daumen, am meisten zurück am kleinen Finger. An den Nägeln der Zehen sind anloge Linien nachweisbar. Die Ursache der Nagellinienbildung sieht Vortr. in der Schädigung des Organismus durch den Übergang vom intra- zum extrauterinen Leben. Als analoge Störung sind bis jetzt die physiologische Körpergewichtsabnahme in der ersten Woche und die physiologische Desquamation bekannt.

Karl Hochsinger hat die vom Vortr. beschriebene physiologische Nagellinie der Säuglinge zwar oft gesehen, jedoch dieselbe unbeachtet gelassen, während er ein großes Interesse der queren Nagelfurche widmete, welche er bei fast allen syphilitischen Säuglingen während der Blüte des exanthematischen Stadiums gefunden hat. In einem Punkte unterscheidet sich die syphilitische Nagelfurche von der physiologischen Nagellinie Schicks der Säuglinge, nämlich in der Zeit des Auftretens.

Swoboda beobachtet seit längerer Zeit das Vorkommen pathologischer Nagelfurchen bei Scharlach und bei anderen verschiedenen schweren Erkrankungen.

Escherich meint, daß die Kenntnis der physiologischen Nagelfurche gerade wegen der Differenzierung gegenüber den pathologischen wichtig sei. Die Stoffwechselunterbilanz der ersten Lebenswoche sei wohl die Ursache derselben.

Schick betont zum Schlusse, daß er nur über das Auftreten der physiologischen Nagellinie gesprochen habe. Es werden auch im Säuglingsalter nach Erkrankungen anderer Art gewiß Nagelveränderungen vorkommen, welche aber mit der physiologischen Linie nichts zu tun haben.

Sitzung vom 23. Mai 1907.

Otto Gerber demonstriert einen Fall von Syringomyelie mit Totalanästhesie der Cornea neben anderen auf die Beteiligung der Medulla oblongata an dem Krankheitsprozeß hinweisenden Symptomen.

Karl Glaessner demonstriert mikroskopische Präparate (lebende Parasiten) aus dem Stuhle eines Falles von Amöbenenteritis. Die Parasiten sind äußerst beweglich und können leicht als Balantidium coli Typus Malmsten agnosziert werden. Durch Verunreinigung mit Dejekten von Schweinen dürfte in diesem Falle die Infektion erfolgt sein. Man sieht die Parasiten, die eine ansehnliche Größe haben, zirka 0·01 bis 0·07 *mm* lang sind und einen ovalen Bau besitzen. Ihr Körper ist mit einem Kleid von Flimmerhaaren umgeben, die durch schiffsschraubenartige Oszillationen die Vorwärtsbewegung des Parasiten vermitteln. Therapeutisch sind Kalomel (0·05—0·1), Chinin in kleinen Dosen, auch Extractum filicis maris, Carbolsäure in Pillen, Chininwassereinläufe, Essigsäureklystiere und Gerbsäurewaschungen, ebenso Eiswasserklystiere, die durch die Kälte auf Protozoen nachteilig einwirken, zu versuchen. Die Erkrankung pflegt sehr hartnäckig zu sein, daher ist die Prognose vorsichtig zu stellen.

Karl Josef Friedjung stellt ein 16½jähriges Mädchen mit mongoloider Idiotie vor. Der äußere Anblick ist ganz charakteristisch. Die Statur klein, in der Entwicklung zurückgeblieben. Der Gesichtsausdruck stumpf, meist heiter lächelnd. Stirne schmal, an den Schläfen eingesunken, die Augen mongolenartig schief gestellt, Andeutung von Epikanthus, Blepharitis. Die Nase klein, stumpf, Mund klein, die Zunge auffallend groß, vielfach durchfurcht. Die Wangen auf der Höhe umschrieben gerötet, wie aufgeschminkt, die Ohrläppchen sehr klein, der Gaumen normal, Nabelhernie und auffallende Gelenksschlaffheit. Thyreoidea dem Gefühle nach normal, die Sprache undeutlich, explosiv, bedient sich kurzer Sätze. Beide Hände sind auffallend groß, kühl und trocken anzufühlen, stark cyanotisch.

Robert Kienböck demonstriert einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall von lymphatischer Leukämie. Es handelt sich um einen 47jährigen Kaufmann aus Konstantinopel. Zustand vor Beginn der Behandlung, 19. Dezember 1904: Allgemeine Lymphdrüsenvergrößerung mit stark prominenten, pflaumen- bis nußgroßen Paketten, Milz 5 *cm* den Rippenbogen überragend. E. 5,100.000, Hb. 14·9 *g*, L. 185.000, vorwiegend kleine Lymphozyten (96%), polynukleäre neutrophile Leukozyten 3·5%. Pat. erhielt nun seither in Pausen von meist 2—4 Monaten Zyklen radiotherapeutischer Expositionen, jeden von 8—14tägiger Dauer; es wurde zuerst der ganze Körper, später bloß Milz und Drüsen exponiert. Die



Dosen waren meist klein, beziehungsweise mäßig groß, in der ersten Zeit erhielt jede Region 2—4 quantimetrische Einheiten, später beiläufig 6. Die Wirkung der Bestrahlungen auf die Drüsen war meist eine sehr rasche, gewöhnlich waren sie schon 3—4 Tage später und kleiner; dasselbe war an der Milz der Fall. Die Leukozytenzahl sank zunächst sehr rasch und schwankte dann um Werte von 20.000—50.000, doch dürfte in den Pausen die Zahl oft noch niedriger gewesen sein. Im Anfang der Behandlung trat nach den Sitzungen vorübergehende Leukozytenvermehrung ein, an welcher sich bloß die Lymphozyten beteiligten. Die polynukleären Leukozyten zeigten bald dauernde Verminderung. Die Erythrozytenzahl und der Hämoglobingehalt nahmen im Laufe der Zeit etwas ab, die Erythrozyten von 5 auf 4 Millionen; zu Anämie kam es aber nicht, kernhaltige rote Blutkörperchen wurden nie beobachtet. Pat. steht nun seit $2^1/_2$ Jahren in intermittierender Röntgenbehandlung, er hat zehn radiotherapeutische Turnus mitgemacht und ist seit Beginn der Behandlung kräftig und arbeitsfähig. Er hat nun wieder eine viermonatliche Pause hinter sich, die Drüsen sind etwas gewachsen, die Milz ebenfalls ein wenig, sie überragt bei tiefen Inspirium den Rippenbogen. Erythrozyten 4,000.000, Leukozyten 18.000.

Hermann v. Schrötter stellt einen Fall von Obliteration der Aorta in der Gegend des Ductus Botalli bei einem zehnjährigen Knaben vor. Auf Distanz sieht man eine lebhafte Pulsation im Jugulum, weiter entsprechend den Karotiden und den Subclaviae über und unter den Schlüsselbeinen. In auffallendem Gegensatze zu dieser Pulsation, die man noch besser fühlt als sieht, ist das Verhalten der Arterien an den unteren Extremitäten, indem an den Kruralarterien kein Puls fühlbar ist. Es handelt sich also um eine Obliteration der Aorta in der Gegend des Ductus Botalli. Als weitere Erscheinung derselben ist bereits eine sehr deutliche Entwicklung eines Kollateralkreislaufes vorhanden; man sieht auf beiden Seiten die Art. thoracica longa deutlich hervortreten, die Art. intercostales findet man deutlich verdickt, auch an verschiedenen anderen Stellen des Körpers bemerkt man nicht nur erweiterte Arterien, sondern auch an einzelnen derselben, z. B. an der Art. epigastrica, kleine Konvolute von Arterien, welche den Zweck haben, den Kollateralkreislauf anzubahnen, und zwar, wie es scheint, in ganz ausreichendem Maße; dafür spricht auch der Umstand, daß der Kranke nicht über Herzklopfen klagt. *i. m.*

Sechzehnte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft.

Die diesjährige Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft fand am 17. und 18. Mai unter dem Vorsitz von Passow, Berlin, in Bremen statt. Sie wurde eröffnet durch Begrüßungsansprachen der anwesenden Vertreter des hohen Senates, der Bremischen Medizinalbehörden, des Bremer Ärztevereines und des Dr. Winkler und Dr. Noltenius, auf deren Einladung hin die Otologische Gesellschaft in Bremen tagte.

A. Hartmann, Berlin, erstattete den Kommissionsbericht über die Methode der Ohruntersuchung bei Schulkindern.

Die Untersuchung auf Schwerhörigkeit kann in eine Voruntersuchung und eine ohrenärztliche Untersuchung zerfallen. Die letztere hat den Zweck, den Grad der Schwerhörigkeit, die Ursache und die Art der Erkrankung und die Möglichkeit der Heilung festzustellen. Etwa die Hälfte der Schwerhörigen kann durch rechtzeitige Behandlung gebessert oder geheilt werden. Die Prüfung der Schwerhörigkeit erfolgt durch beliebige, in flüsterndem Ton, ohne besondere Betonung, gesprochene Wörter. Das nicht geprüfte Ohr muß von einer dritten Person verschlossen werden. Die Kinder sind einzuteilen in stark schwerhörige, wenn sie auf dem besser hörenden Ohre $^1/_2$ *m* und weniger, in mittelstark schwerhörige, wenn sie $^1/_2$—3 *m* weit, leicht schwerhörige, wenn sie 3—8 *m* weit Flüsterstimme hören.

Kümmel, Heidelberg: Über die Bakteriologie der akuten Mittelohrentzündung.

Die zahlreichen bisherigen Untersuchungen des Sekretes bei akuten Mittelohrentzündungen ermöglichen wegen der Ungleichartigkeit des ausgewählten Materials und der angewendeten Methoden bisher noch kein abschließendes Urteil über die relative Häufigkeit der einzelnen Entzündungserreger; neue Untersuchungen mit gleichartiger Methodik usw. sind deshalb wünschenswert. Nach einem Bericht über das, was von der Bakterienflora des Gehörganges, der Tube und der Paukenhöhle im normalen Zustande bekannt ist, gibt K. die Resultate der Untersuchungen wieder, die Süpfle im Heidelberger Hygienischen Institut an fast 200 Otitisfällen der Heidelberger Ohrenklinik angestellt hat. Neben 14 Fällen von sterilem sog. Transsudat und 13 Fällen, in denen das Sekret von Otitiden im Frühstadium akuter allgemeiner Infektionskrankheiten sich steril erwies, wurden in 144 Fällen Mikroorganismen gefunden. Referent stellt daraufhin folgende Schlußsätze auf:

1. Von den im Referat wiedergegebenen, in Heidelberg beobachteten Mittelohrentzündungen waren rund 66 % durch Streptoc. pyogenes, rund 17 % durch den Str. lanceolatus, rund 11 % durch den Str. mucosus, schließlich rund 6 % durch den Microc. pyogenes aureus und albus hervorgerufen. Die durch Bact. pyocyaneum verursachten Otitiden sind nicht ganz einwandsfrei.

2. Eine ähnliche Verteilung der Entzündungserreger darf nicht ohne weiteres als gültig für andere Gegenden und andere Zeiten angesehen werden. Jedoch ist das in der Literatur zumeist betonte starke Überwiegen der Otitiden mit Str. lanceolatus wahrscheinlich dadurch bedingt, daß von diesen die beiden anderen Streptokokkenarten nicht immer mit genügender Schärfe bakteriologisch gesondert wurden, speziell der Str. mucosus den meisten früheren Untersuchern noch nicht bekannt sein konnte.

3. Der größte Teil der Lanceolatus-Otitiden entfällt auf die ersten beiden, vor allem das erste Lebensdezennium, die aber auch an den Fällen mit Str. pyogenes besonders stark beteiligt sind.

4. Der Verlauf der Otitis hängt von der Natur der ursächlichen Entzündungserreger insofern ab, als die Otitiden mit Microc. pyog. aureus und albus nie, die mit Streptoc. lanceolatus nur selten und unter ganz besonderen Umständen, fast immer dann im kindlichen Alter, eine Operation notwendig machen. Bei den Otitiden mit Str. pyogenes ist die Wahrscheinlichkeit, daß ein Eingriff notwendig wird, etwa 1 : 3, bei denen mit Str. mucosus etwa 1 : 1.

5. Die Staphylokokkenotitiden neigen dagegen, soweit das kleine Material Schlüsse erlaubt, ein wenig zu verschlepptem Verlauf, und es ist möglich, daß die häufige Beimengung der Staphylokokken zu anderen Entzündungserregern bei verschleppten Otitiden an dieser Verlaufsart die Schuld trägt. Wahrscheinlicher ist allerdings, daß bei einem aus anderer Ursache verschleppten Verlaufe die Staphylokokken als Saprophyten in das Sekret der Otitis einwandern.

6. Chronischwerden einer akuten Otitis ist jedenfalls keine notwendige Folge der Anwesenheit von Staphylokokken in dem Sekret.

7. Der dem Otitiden mit Str. lanceolatus von vielen Seiten zugeschriebene „zyklische Ablauf“ konnte nur bei solchen Fällen beobachtet werden, die neben der Otitis noch anderweitige Lokalisationen, wahrscheinlich des gleichen Entzündungserregers, zeigten.

8. Dem Str. mucosus scheint, auch nach den Erfahrungen anderer, eine große Fähigkeit zu Knochenzerstörungen zuzukommen, die nicht selten erst relativ spät in die Erscheinung treten, manchmal trotz Ausheilung der Otitis selbst. Diese Eigentümlichkeit ist von früheren Untersuchern dem Str. lanceolatus wohl irrtümlich zur Last gelegt worden, weil sie ihm nicht von dem Str. mucosus differenzieren konnten.

9. Die Verlaufsweise hängt aber nicht allein von der Art der Entzündungserreger ab, sondern auch von den Eigen-

tümlichkeiten, die im Patienten selbst liegen, die uns aber nur zum kleinsten Teil bekannt sind.

10. Eine dieser Eigentümlichkeiten ist die individuelle Beschaffenheit der Verbindung zwischen Epitymbanum und Mesotymbanum: eine freie Verbindung zwischen beiden gibt bessere Aussichten auf Heilung der Otitis ohne chirurgisches Eingreifen. Der Unterschied in der Verlaufsweise der sog. epi- und mesotympanalen Otitiden tritt am deutlichsten bei den Fällen mit Str. pyogenes hervor, insofern fast alle zur Operation gelangenden Fälle den epitympanalen Typus aufweisen. Eine sichere pathologisch-anatomische Unterlage für diese Sonderung fehlt aber bisher.

11. Außerdem scheint es, als ob der Invasionsweg der Entzündungserreger, je nachdem eine salpingogene oder hämatogene Otitis vorliegt, die Verlaufsweise insofern beeinflußt, als die hämatogenen Infektionen mehr das Bild einer schweren Allgemeinerkrankung darbieten, und dabei auch leichter die Hohlräume des Warzenfortsatzes intensiv miterkranken. Unsere Kenntnisse in bezug auf die Invasionswege der Entzündungserreger bei Otitis sind aber noch unzureichend.

12. Sogenannte sekundäre Otitiden können anscheinend manchmal zunächst ohne Beteiligung von Mikroorganismen, also wahrscheinlich durch toxische Einwirkungen entstehen, entweder ohne Dazutreten von organisierten Entzündungserregern rasch ausheilen, oder nachträglich mit solchen infiziert werden und dann wie andere Otitiden verlaufen.

Denker, Erlangen: Über bakteriologische Untersuchungen bei akuter Mittelohreiterung.

D. hat das dem eröffneten Proc. mastoideus entnommene Sekret von 29 in seiner Klinik operierten akuten Warzenfortsatzempyemen im Erlanger bakteriologischen Institut sorgfältig untersuchen lassen. Das Ergebnis der Untersuchungen war folgendes: Als Eitererreger wurden gefunden der Streptococcus pyogenes in 62·1%, der Streptococcus mucosus in 13·8%, der Staphylococcus pyogenes in 17·2%, grambeständige Diplokokken, die sich nach ihren Eigenschaften weder unter die Streptokokken, noch unter die Staphylokokken einreihen ließen, in 6·9% der Fälle.

Der Diplococcus pneumoniae fehlte gänzlich, obgleich unter den Operierten sich neun Kinder befanden.

Verglichen mit den Kümmel-Süpfleschen Resultaten zeigt sich, daß die Häufigkeit des Vorkommens von Streptococcus pyogenes und Staphylococcus mucosus bei beiden Untersuchungsreihen fast die gleiche ist.

Der Staphylococcus pyogenes wurde in Erlangen annähernd doppelt so häufig als in Heidelberg festgestellt.

Sehr auffallend ist das Fehlen von Pneumokokken in D.'s Fällen, die bisher besonders bei Kindern als häufig vorkommende Eitererreger angesehen wurden. Auch Kümmel-Süpfle fanden sie noch in 18·61% sämtlicher von ihnen untersuchten Sekretproben. Wenn man aber bei den Heidelberger Untersuchungen nur die Resultate in Betracht zieht, welche gewonnen wurden ausschließlich bei dem dem Warzenfortsatz entnommenen Eiter, so ergibt sich, daß auch dort nur in zwei Fällen Pneumokokken gefunden wurden. Und in diesen beiden Fällen, welche an Meningitis zugrunde gingen, wurden in der Lumbalpunktionsflüssigkeit resp. im Drüsenabszeßeiter auch Streptokokken gefunden.

In gleicher Weise geht demnach aus den Heidelberger und Erlanger Untersuchungsergebnissen hervor, daß der Diplococcus pneumoniae bei akuten Warzenfortsatzempyemen nur in seltenen Fällen als der eigentliche Krankheitserreger angesehen werden darf.

Fr. Kobrak, Breslau: Erreger und Wege der Infektion bei der akuten Otitis media.

K. faßt die Ergebnisse seiner Untersuchungen in den folgenden Schlußsätzen zusammen:

1. Die Entwicklung der im Mittelohr zur Invasion gelangten Erreger kann, ebenso wie klinisch in einer mehr oder weniger prägnant charakterisierten Allgemeinreaktion, bakteriologisch im Verhalten des Blutes zum Ausdruck kommen. Positive Blutbefunde zeigen nur solche Fälle, in denen ausgeprägte Allgemeinerscheinungen den Mittelohrprozeß begleiten.

2. Im Blute sind die Erreger selbst nur in einem kleinen Prozentsatz auch der schweren Fälle nachweisbar. Die Fälle mit positivem Blutbefund sind durch einen mehr oder weniger pyämischen Verlaufstypus charakterisiert. Am häufigsten sind bei Otitiden, welche durch Strept. longus bedingt sind, nur ausnahmsweise bei Infektionen mit Strept. mucosus, Pneumococcus oder Staphylococcus aureus, die Erreger in der Blutbahn nachzuweisen.

3. Nur bei einer verhältnismäßig kleinen Anzahl akuter Mittelohrentzündungen ist eine deutliche Serumreaktion — Agglutination der aus dem Ohrsekret gezüchteten Erreger durch das Serum der Kranken — nachweisbar. Das Agglutinationsphänomen stellt sich besonders bei Pneumokkenotitiden ein. Es scheint zur Schwere der Infektion und zur zyklischen Form des Krankheitsablaufs in Beziehung zu stehen. Andere Serumreaktionen waren bisher im Serum der von akuter Mittelohrentzündung betroffenen Individuen nicht nachweisbar.

4. Tiervirulenz der Erreger der Mittelohrentzündung und Schwere der durch die Erreger hervorgerufenen Infektion beim befallenen Individuum zeigen kein korrespondierendes Verhalten.

5. Unter den Verlaufsformen der akuten Mittelohrentzündung scheint, nach Maßgabe der bisher gewonnenen Befunde, die zyklische Form am häufigsten durch den Pneumococcus, eine mehr protrahierte (meist pyämisch-septische) Form überwiegend durch den Strept. longus, und eine „Intervallform“ durch den Str. mucosus bedingt zu sein. Diese letztere Form, bei der zwischen der ersten Attacke der Otitis media und der später zutage tretenden Komplikation kein kontinuierlicher Übergang sich vollzieht, sondern ein mehr oder weniger freies Intervall liegt, kommt dadurch zustande, daß die Infektion die Tendenz hat, im Primärherde entweder unmittelbar oder nach wiederholten Schüben abzulaufen, während sie in den Nachbargebieten zunächst latent fortschreitet.

6. Die Ergebnisse der bisherigen bakteriologischen Untersuchungen rechtfertigen zunächst folgende praktische Schlußfolgerungen:

a) Auch Streptokokken-Bakteriämie nach akuter Mittelohrentzündung scheint — nach dem bisherigen Ergebnis der Untersuchungen in der Hälfte der Fälle — der Heilung zugänglich zu sein.

b) Bei otogener Sepsis spricht Abnahme der Kolonienzahl im Blut und der Hämolyse durchaus nicht ohne weiteres für eine günstige schnelle Zunahme der Keimzahl und der Hämolyse, aber immer für eine ungünstige Prognose.

c. Mucosusbefunde mahnen zu weiterer Beobachtung der Kranken auch nach scheinbarem Abklingen der ersten Attacke im Mittelohr.

H. Neumann, Wien: Zur Bakteriologie der akuten Mittelohreiterungen.

N. hält für die Entstehung der Komplikationen bei akuter Otitis die Art der ursächlichen Entzündungserreger für wenig bedeutungsvoll, mißt vielmehr der pneumatischen Struktur des Warzenfortsatzes die wesentliche Bedeutung dafür bei. Dagegen verschulden die Kapselkokken wesentlich leichter als die nicht kapseltragenden ein Fortkriechen des Entzündungsprozesses in die Umgebung, und insofern erscheint die Art der Entzündungserreger von großer Bedeutung für den Verlauf dieser Komplikationen.

(Fortsetzung folgt.)



V. Aus der Praxis.

Über Extract. Chinae Nanning. Von J. Leist, Berlin.

Der Vorzug des Extract. Chinae Nanning besteht darin, daß es ein wässeriger Auszug aus dem besten Material darstellt, bei dem die in Wasser und Magensaft unlöslichen Substanzen in der Rinde zurückbleiben. Sein Alkaloidgehalt ist konstant 5%; die in der Rinde sich vorfindende Gerbsäure setzt sich nicht in Chinarot um, sondern ist in gelöster Form vorhanden. Daher ist das Extract. Chinae Nanning ein sehr willkommenes Amarum und Stomachikum, das wie die Literatur und zahlreiche Äußerungen der Ärzte beweisen, sich in der Praxis allgemein eingebürgert hat. (Siehe Dr. Thomalla, Hirschkron, Toff, Bolen, Schuppenhauer, Silberstein, J. Arnold Goldmann, M. Weinberger, C. Hörigsschmied.) Aus der eigenen Praxis und der Anwendung bei sich selbst kann Leist nur das günstigste berichten. L. ordinierte es bei den verschiedensten Arten von Dyspepsien, bei Magenkrampf, Chlorose und konnte sich von der schnellen und sicheren Wirkung überzeugen. Auch in der Kinderpraxis hat es ihm gute Dienste geleistet und alle Patienten haben das Mittel gerne genommen. (Deutsche Ärzteztg., Heft 22, 1906.)

Über meine Erfahrungen mit Arhovin. Von Dr. Adolf Erdös, (Deutsche med. Presse Nr. 12, Berlin 1906.)

75 Fälle von Gonorrhoe kamen zur Beobachtung. Die akute Urethritis anterior — 35 Fälle — wurde ohne lokale Behandlung zunächst nur mit Arhovin behandelt; 31 kamen auf diese Weise zur vollständigen Heilung, bei nur 4 war Ergänzung durch Injektionen mit Silberpräparaten erforderlich. Auffallend war in den meisten Fällen das rasche Aufhören des Schmerzes, Ausbleiben der schmerzhaften Erektionen, Aufhören der Entzündungserscheinungen in dem Harnröhrenende und in der Eichel, die rasche Umwandlung des Sekretes vom dicken, grünlich-gelben Eiter in weiße, schleimig-seröse Flüssigkeit und Vermeidung des Eindringens des Trippers in die hintere Partie der Harnröhre. Bei Urethritis acuta anterior et posterior wurde neben der Arhovindarreichung die lokale Behandlung mit Irrigation und Instillation kombiniert und ein sehr gutes Resultat erzielt. Die 20 Fälle von chronischer Prostatitis ergaben ein wertvolles Vergleichsexperiment. Sie wurden nach dem Motzschen Verfahren behandelt, und zwar 10 mit und 10 ohne Arhovin. Das Experiment brachte dem Arhovin große Anerkennung, denn während die Fälle ohne Arhovin trotz der strengsten Behandlung keine wesentliche Besserung zeigten, wurden diejenigen, welche Arhovin genommen hatten, von den Prostatiden schnell befreit, die Eiterung nahm von Tag zu Tag ab. Die Behandlungsdauer schwankte zwischen 3½ bis 6 Wochen. Unter den 5 Fällen von Urethrocystitis gonorrhoica waren 3 mit sehr schweren Symptomen: Harndrang, blutiger Miktion, Fieber, Brechreiz usw. Unter ständigem Arhovingebrauch und gelegentlicher Opiumdarreichung wichen die schweren allgemeinen Symptome bald. Die vollständige Heilung wurde unter fortgesetzter Arhovindarreichung stets ohne Zuhilfenahme einer lokalen Behandlung erreicht. Arhovin stellt nach Erdös die wichtigste Errungenschaft auf dem Gebiete der internen Gonorrhoebehandlung dar, da es eine große Anzahl von Fällen ohne jede andere Medikation heilt, Komplikationen behebt und verhütet und in denjenigen Fällen, welche der lokalen Behandlung nicht entbehren können, den Heilungsprozeß durch Verabreichung angemessener Dosen wesentlich erleichtert und damit den Verlauf der Krankheit erheblich verkürzt. Da es in keinem einzigen Falle Nierenreizungen oder Magenbeschwerden hervorrief, stets ausnahmslos von den Kranken gut vertragen wurde, verdient es allen Sandelölpräparaten vorgezogen zu werden. Daß es im Preise nicht hoch steht, erleichtert seine Verordnung wesentlich. Man nimmt es am besten in den vom Chemischen Institut Dr. Horowitz, Berlin, fabriksmäßig hergestellten Gelatinekapseln à 0·25 *g*, gewöhnlich dreimal täglich 1—2 Kapseln; je nach der Schwere des Falles kann die Dosis verringert oder gesteigert werden.

VI. Notizen.

XIV. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie in Berlin 1907. Am 26. Februar trat der engere Ausschuß des österreichischen Komitees für den in der Zeit vom 23. bis 29. September d. J. in Berlin abzuhaltenden Kongreß für Hygiene und Demographie unter dem Vorsitze des Herrn Sektionschefs Dr. v. Juraschek, Präsidenten der statistischen Zentralkommission, zu einer Sitzung zusammen. In derselben wurden die Referate, die von Österreichern am Kongresse gehalten werden, endgültig bestimmt. Es werden folgende Herren Referate erstatten: Obersanitätsrat Dr. v. Britto, die Professoren Dr. Burgerstein, Dr. Epstein, Dr. Grassberger, Stabsarzt Dr. Franz und Dr. Hladik, Baudirektor Hofer, Prof. Dr. Hueppe, kais. Rat Jehle, Dr. Jelinek, Sektionschef Dr. v. Juraschek, die Professoren Dr. Kabrhel, Dr. Kraus, Dr. Landsteiner, Generalkonsul Dr. v. Lindheim, Hofrat Dr. Ludwig, Regierungsrat Maresch, die Professoren Dr. Hans Horst Meyer. Dr. Paltauf, Dr. Praussnitz und Hofrat Dr. v. Schroetter, Polizeibezirksarzt Dr. Silberstern, Dr. Teleky, Schiffsbau-Oberingenieur Wagner und Hofrat Dr. Weichselbaum. Es ist sehr wünschenswert, daß auch „Vorträge“ in größerer Zahl von Österreichern gehalten werden. Diejenigen Herren, die geneigt sind, solche zu halten, mögen dies unter Angabe des Themas der untenbezeichneten Geschäftsstelle ehebaldigst bekanntgeben. Mit dem Kongresse ist eine hygienische Ausstellung verbunden, die von österreichischen Kreisen rege beschickt werden wird. Den Kongreßteilnehmern wird Gelegenheit gegeben werden, sich in umfangreicher Weise über die zahlreichen hygienischen Einrichtungen von Berlin und seinen Vororten zu unterrichten. Die wissenschaftlichen Sitzungen sollen im allgemeinen nicht über 2 Uhr nachmittags ausgedehnt werden, damit die Nachmittage für die Besichtigungen frei bleiben. Über 100 Anstalten sind ausgewählt worden, die teils während der Kongreßtage je nach Belieben besucht werden können, teils unter fachmännischer Führung gruppenweise besucht werden. In einem „hygienischen Führer“ wird eine Beschreibung der Anstalten gegeben, so daß die Kongreßteilnehmer von vornherein die einzelnen, für sie interessanten Besichtigungen auswählen können. In Österreich gibt sich für den Kongreß großes Interesse kund, wie aus der Zahl der bis jetzt angemeldeten Teilnehmer geschlossen werden kann. Für das östereichische Komitee, dem Vertreter der Zentralstellen und Männer der Wissenschaft angehören, führt das Präsidium der Statistischen Zentralkommission (Wien I., Schwarzenbergstraße 5) die Geschäfte, woselbst alle Auskünfte erteilt und Anmeldungen entgegengenommen werden.

Arbeit und Spiel. Wenn man das Verzeichnis des englischen Büchermarktes durchmustert, fällt es in die Augen, daß die Sportliteratur dort besonders stark vertreten ist. Das Interesse an der Theorie des Golf oder eines anderen Spiels scheint alle andern Interessen zu überragen. Diese Neigung zu Spiel und Sport ist eine Eigentümlichkeit der Briten, die oft gelobt, aber auch getadelt worden ist. Im Lancet wird die Frage aufgeworfen, ob diese bei vielen zur Leidenschaft gewordene Liebhaberei die Grenze des Gebotenen nicht überschreitet. Es gilt zu bedenken, daß der Zweck von Sport und Spiel die Erholung ist. Geht man aber mit allzu großem Eifer ins Feuer, so wird dieser Zweck nicht erreicht. Der Sport wird vielmehr zur Anstrengung und macht arbeitsunfähig, statt zur Arbeit zu stählen. Und wenn gar um des Spieles willen umfangreiche Bücher mit einer neuen, durchaus nicht ohne weiteres verständlichen Terminologie durchgearbeitet werden müssen, so wird die Erholung vollends zu einem leeren Wahn. Außerhalb Englands weiß man die Gebiete der Arbeit und des Spiels besser voneinander zu scheiden, und vor allen Dingen weiß man auch den Erholungswert einer geistigen Betätigung auf einem Gebiete, das außerhalb der eigentlichen Berufstätigkeit liegt, zu schätzen. Eine derartige Verwendung der Muße hat den Vorteil, auch auf das Fachwesen befruchtend zu wirken, denn auch die Erweiterung des geistigen Gesichtskreises wird notwendig auch auf jenes manches neue Licht geworfen. Das Spiel darf nicht mit ebenso viel oder gar mit mehr Ernst betrieben werden, als die Arbeit.

VII. Eingesendet.

Dr. Emanuel Bunzelsche Ärztestiftung in Wien: Aus den Interessen dieser Stiftung sind für das Jahr 1907 28 Stiftplätze à K 200 (14 an Christen, 14 an Israeliten) zu verleihen. Diese Stiftplätze können nur an solche in Wien promovierten Doktoren der Medizin deutscher Nationalität verliehen werden, welche österreichische Staatsbürger sind und infolge von Alter oder Kränklichkeit ihre Praxis nicht ausüben können oder infolge von Unlücksfällen in eine unverschuldete vorübergehende Notlage geraten sind. Notorische Antisemiten sind nach dem Stiftbrief ausgeschlossen. Bewerber um einen Stiftplatz haben ihre mit dem Tauf- oder Geburtsscheine, dem Doktordiplome, der Bestätigung der Kränklichkeit oder der hilfsbedürftigen Lage und dem Nachweise der deutschen Nationalität, welcher erbracht erscheint, wenn die Bewerber bei der letzten Volkszählung die deutsche Sprache als Umgangssprache angegeben hat, belegten Gesuche bis längstens 1. Oktober d. J. beim Wiener medizinischen Doktorenkollegium. I, Rotenturmstraße 19 (van Swietenhof) zu überreichen.



Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/$_1$, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.

Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Nr. 32. Wien, 10. August 1907. Nr. 32.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Funktionelle Diagnostik des hohen Blutdruckes bei Arteriosklerose und bei chronischem Nierenleiden; die Behandlung derselben.

Von **Dr. Gräupner**, Arzt in Bad Nauheim.
(Schluß.)

Was zunächst den hohen Blutdruck der Arteriosklerotiker anlangt, solange das Myokard selbst frei ist von Ernährungsstörungen, so zeigt die praktische Erfahrung in Bad Nauheim, daß der hohe Blutdruck bei Hunderten von Individuen alljährlich herabgesetzt wird. Diese Herabsetzung des Blutdruckes vollzieht sich zunächst unter Einwirkung der Bäder. Durch die gehäufte Einwirkung der Bäder wird diese Herabsetzung des Blutdruckes stabilisiert und zu einer dauernden gemacht — dies ist ausdrücklich zu betonen! Bereits vor 10 bis 11 Jahren haben Grödel, Baur und ich auf diese Tatsache hingewiesen. Ich selbst habe vor allem betont, daß unter Einwirkung der Bäder der Blutdruck zu einem physiologischen Maximum steigt und dann sich gesetzmäßig senkt. Meine Befunde und Anschauungen sind in meinen Arbeiten aus den Jahren 1896, 1897 und 1898 niedergelegt. Die Tatsache, daß der hohe Blutdruck in Nauheim bei vielen Fällen von Arteriosklerose herabgesetzt wird, hebe ich nunmehr von neuem hervor, weil sie einerseits immer von neuem bezweifelt wird und weil ich imstande bin, vermittels der von mir aufgestellten funktionellen Untersuchungsmethode den Nachweis zu führen, daß beim Arteriosklerotiker die Größe der Herzleistung wächst, sobald wir durch Bäder und Gymnastik den Blutdruck herabsetzen! Dies gelingt, soweit der Herzmuskel anpassungsfähig ist; wir werden uns im Laufe dieser Arbeit mit dem Begriff: Anpassungsfähigkeit noch beschäftigen müssen! Aus meinen Untersuchungen geht klar hervor, daß der hohe Blutdruck, soweit er mechanisch bedingt ist und soweit er den Ablauf des Zirkulationsvorganges hemmt, erfolgreich zu bekämpfen ist, solange keine ernsteren Stoffwechselanomalien vorliegen, solange Nieren-, Nebennieren- und Pankreasfunktion intakt sind. Ist jedoch bei peripherer Arteriosklerose gleichzeitig auch der Herzmuskel selbst durch irgend welche degenerative Vorgänge in seiner Anpassungsfähigkeit herabgesetzt, dann werden wir vorsichtig sein müssen, wenn wir den hohen Blutdruck primär herabsetzen wollen. Denn wir können nicht wissen, ob nicht bereits die hohe Gefäßspannung einen bestimmten Regulierungsvorgang darstellt, um dem geschwächten Herzen, dessen Triebkraft herabgesetzt ist, im gewissen Sinne zu helfen! Hat ja Grützner gerade in den letzten Wochen die aktive Gefäßspannung als ein akzessorisches Herz bezeichnet, durch welches der Ablauf der Zirkulation begünstigt wird.

Wir wollen uns nun mit der wichtigen Frage beschäftigen, ob der hohe Blutdruck nur als ein mechanisches Hindernis zu betrachten ist, den wir therapeutisch sofort angreifen dürfen, oder ob der hohe Blutdruck bereits einen kompensatorischen Vorgang darstellt. Es ist ja schwer, auf rein klinischem Untersuchungswege sich ein Urteil zu bilden, ob ein Herzmuskel, der gegen einen Quecksilberdruck von 170 bis 220 *mm* anzukämpfen hat, noch sein volles oder relatives Schlagvolumen entleeren kann, ohne daß er funktionell ermüdet. Die tägliche Praxis zeigt uns, daß solche Individuen, gekennzeichnet durch die massige Hypertrophie des Herzmuskels, durch die starke Zirkulation des 2. Aortentones, weite Spaziergänge, Reisen machen können, und doch kann plötzlich der Herzmuskel versagen!

Ich vertrete nun bezüglich dieser Individuen mit hypertrophischem Herzen, mit hohem Blutdruck, deren Myokard nicht ganz intakt ist, folgende Anschauung: Solange sich objektiv nachweisen läßt, daß der hypertrophische Hermuskel trotz aller lokalen Befunde noch anpassungsfähig ist und ein bestimmtes Maß von Herzkraft entfaltet, so lange bedarf der Herzmuskel keiner kompensatorischen Mithilfe von seiten der Gefäßspannung; — es ist also der hohe Blutdruck, den wir finden, als rein mechanische Hemmung aufzufassen. — Wir müssen dann allerdings auch finden, daß die Zirkulation in Wirklichkeit verzögert ist. Nur wenn der Herzmuskel nicht mehr anpassungsfähig ist, wenn wir finden, daß die Herzkraft sehr gering ist, daß der Herzmuskel vor der funktionellen Ermüdung steht, dann dürfen wir das hohe Maß der Spannung als einen regulatorischen Vorgang betrachten, den wir mit rauher Hand nicht angreifen dürfen! Um nun objektiv urteilen zu können, welches Maß der Herzkraft, welches Maß der Anpassungsfähigkeit vorhanden ist, deshalb müssen wir funktionell untersuchen! Deshalb habe ich die Methode der funktionellen Prüfung der Herzgefäßarbeit geschaffen, die ich Ihnen zu demonstrieren die Ehre hatte.

Es kann mir hier nur darauf ankommen, die Grundlage der Methode kurz zu erläutern: Wenn auch die theoretische



Grundlage der Methode und deren Begründung zunächst auch schwer verständlich sind und im Widerspruch stehen mit mancher Anschauung der Klinik, so habe ich doch in zahlreichen Ärztekreisen und in klinischen Kreisen bereits gezeigt, daß der geübte Untersucher imstande ist, unabhängig vom klinischen Befund die Größe der Herzfunktion in objektiven Werten resp. Relationen auszudrücken, und daß daher der geübte Untersucher lediglich auf Grund der Blutdruckregulierungen über den Zustand des Myokards mit überraschender Sicherheit urteilt. Der Arzt der Zukunft arbeitet nicht nur mit Höhrrohr und Plessimeter, er arbeitet gleichzeitig mit dem Blutdruckmesser und mit dem Ergometer!

Ich will nur die theoretische Grundlage der von mir aufgestellten Untersuchungsmethode, die uns gestattet, unabhängig vom klinischen Befunde über die Größe der Herzkraft, über das Maß der Anpassungsfähigkeit zu urteilen, kurz auseinandersetzen. Die Methode beruht darauf, daß die Regulierung des Blutdruckes bei dosierter Arbeit nach absolutem physikalischen Gesetz erfolgte, und kennen wir dieses physikalische Gesetz, so können wir sofort aus der Regulierungsform des Blutdruckes mit absoluter Sicherheit erschließen, ob der Herzmuskel leistungsanpassungsfähig ist oder nicht! Droht die funktionelle Ermüdung, so droht auch die passive Dilatation!

Derartige Untersuchungen sind in Tausenden von Einzeluntersuchungen ausgeführt worden; es ist also die Regulierungsform des Blutdruckes quasi das Manometer, welches uns anzeigt, ob der Herzmuskel, als Pulsometer gedacht, genügend schöpft und preßt.

Nachdem wir die Gesetze der Blutdruckregulierung kennen gelernt, will ich kurz über meine bisherigen Erfahrungen bezüglich der funktionellen Prüfung des hohen Blutdruckes berichten:

Ich habe zahlreiche Arteriosklerotiker behandelt, bei denen der Blutdruck bis 160 Hg betrug, und diese Individuen hatten trotz der Aortenbulbus-Sklerose — trotzdem die Herztöne unrein waren, eine Anpassungsfähigkeit, die ich auf 8000 *mkg* berechnete resp. die noch höher war. Die normale Anpassungsfähigkeit berechme ich auf 20.000 *mkg* bei Armarbeit.

Bei anderen Individuen hingegen, die völlig reine Herztöne hatten, bei denen keine periphere Arteriosklerose nachweisbar war und bei denen der Blutdruck bei 170—190 stand, war keine Anpassungsfähigkeit vorhanden. Der Mangel an Anpassungfähigkeit des hypertrophierten Herzmuskels, zumal wenn jede Andeutung klinisch nachweisbarer Arteriosklerose fehlt, erweckt stets von neuem den Verdacht, daß die funktionelle Schwäche des Herzmuskels bedingt ist durch Stoffwechselanomalien und Bluterkrankungen. Ich erinnere Sie an die Polyzythämie, die ja neuerdings so oft genannt wird.

Daß Stoffwechselanomalien zu Blutdrucksteigerungen führen müssen, geht aus der experimentellen Tatsache hervor, daß sowohl Nieren wie Nebennieren Stoffe produzieren, die Blutdrucksteigerungen hervorrufen. Der Zukunft muß es beschieden sein, festzustellen, ob diese Stoffe, wie Renin und Adrenalin, direkt das Myokard toxisch beeinflussen!

Mit wenigen Worten will ich nunmehr auf den hohen Blutdruck eingehen, den wir so häufig bei chronischen Nierenprozessen, zumal in Verbindung mit Arteriosklerose finden! Ich habe die funktionelle Prüfung des hohen Blutdruckes nur an wenigen Patienten durchführen können. Unter sechs Patienten fand ich bei vier Patienten, daß dosierte Arbeit keine Schwankungen des Blutdruckes hervorrief, daß jede Kurvenbildung ausblieb, vielmehr blieb der Blutdruck unverändert. Erst im Laufe der Behandlung sank der Blutdruck um 1 bis $1^1/_2$ *cm*, und nunmehr traten wiederum die gesetzmäßigen Schwankungen des Blutdruckes ein. — Wenn auch die Zahl der bisherigen Beobachtungen nicht groß ist, so glaube ich hinweisen zu müssen, daß dieses eigenartige Verhalten des hohen Blutdruckes nur dadurch zu erklären ist, daß das ganze Gefäßsystem ad maximum gespannt ist, gleichsam ein starres Kanalsystem bildet, in welchem das Blut unendlich rasch zirkuliert; bessert sich die Nierenfunktion, so fällt die Gefäßspannung, weil der regulatorische Vorgang, den Krehl

Feuilleton.

Das Einkommen der Ärzte in Österreich.

Von Dr. Gottlieb Pick, Aussig.

(Schluß.)

Das Gesamteinkommen der Ärzte beträgt für Österreich 32·79 Millionen Kronen, und zwar 25·35 Millionen von den selbständigen, 7·44 Millionen von den angestellten Ärzten.

Als Durchschnittseinkommen der besteuerten Ärzte ergibt sich daher für die selbständigen 5100 K, für die angestellten 3500 K.

Dasselbe ist in Wien etwas höher, und zwar 7700 für die selbständigen und 5000 K für die angestellten.

Für Böhmen auch hier wieder ungünstigere Verhältnisse als für ganz Österreich, und zwar 4600 K für die selbstständigen, 3300 K für die angestellten; wohlgemerkt in allen Rubriken nur für die besteuerten Ärzte; nimmt man die Gesamtzahl der Ärzte, so ermäßigen sich diese Zahlen um ungefähr ein Drittel.

Mit Recht bemerkt der Verfasser des Buches zu diesem Zahlenmaterial: Die besteuerten Ärzte verfügen in der überwiegenden Zahl über ein Einkommen von ungefähr 4000 K, ein absolut unzulänglicher Betrag, wenn man erwägt, welche gesellschaftlichen Ansprüche an den Arzt gestellt werden, und welche mühevollen und kostspieligen Studien vom Mediziner zurückgelegt werden müssen, ehe er die Praxis aufnehmen darf.

Es ist ganz interessant, demgegenüber das Einkommen der Advokaten, die ja bekanntlich auch nicht auf Rosen gebettet sind, zu vergleichen. Dieselben sind in jeder Beziehung günstiger. Unter den selbständigen Advokaten waren von 5080 Konzipienten 4910 Zensiten, bei den angestellten von 1998 Konzipienten 1492 Zensiten, also von den selbständigen fast alle Zensiten, unter den angestellten weit über $^2/_3$.

Das Durchschnittseinkommen eines Rechtsanwaltes betrug

in Österreich	7900 K	gegenüber dem der Ärzte von	5100 K
„ Wien	13000 „	„ „ „ „ „	7700 „
„ Böhmen	6900 „	„ „ „ „ „	4600 „

Bei diesen durch die Statistik für das Einkommen der Ärzte gewonnenen Zahlen ist aber noch folgendes zu berücksichtigen: In das Einbekenntnis für die Personaleinkommensteuer fällt, wie eingangs bemerkt wurde, nicht nur das Einkommen aus der ärztlichen Praxis, sondern auch das aus Grundbesitz, Gebäude und Kapitalien des Arztes, sowie seiner Familienangehörigen. Nun ergibt das nähere Eingehen auf die Quellen des Einkommens des Arztes, daß von dem bisher mitgeteilten Nettoeinkommen nur 60% durch ärztlichen Beruf verdient werden, 40% auf das andere Einkommen entfallen; denn von dem ärztlichen Gesamteinkommen von 32·7 Mill. K entfallen 22·9 Millionen Kronen auf Einkommen aus dem Berufe und 9·8 Millionen Kronen auf Einkommen aus anderen Quellen. Man ersieht daraus, daß in den meisten Fällen, in welchen der Arzt nur auf das Einkommen aus dem Berufe angewiesen ist, sich dieses als unzulänglich erweist.

Die größere Mehrzahl von Ärzten ist also nicht imstande, aus dem Einkommen durch den ärztlichen Beruf ihren Lebensunterhalt zu fristen.

Diese schon hinlänglich traurigen Einkommensverhältnisse werden aber in ein noch ungünstigeres Licht gesetzt, wenn man die Differenzierung des Einkommens unter Berücksichtigung des Alters der Ärzte stellt.

Leider sind diese Zahlen aber aus den österreichischen Zahlen nicht ersichtlich und wir müssen uns für diesen Teil der Berechnung an Daten halten, welche der Direktor des königlich sächsischen statistischen Bureaus, Oberregierungsrat Dr. Eugen Würzburger, über die Einkommensverhältnisse der Ärzte in Sachsen zusammengestellt hat. Wir können dies



so schön geschildert hat, nicht mehr nötig ist — offenbar verzichtet der Organismus sehr gern auf die hohe Gefäßspannung, wenn er derselben nicht mehr bedarf. — Ob diese Anschauungen zutreffen, werden weitere Untersuchungen lehren; jedenfalls zeigt meine funktionelle Untersuchungsmethode, daß wir nunmehr immer klarer in das Gebiet der Zirkulationsdynamik hineinschauen, daß wir daselbst physikalische Gesetze finden und daß wir diese Gesetze beherrschen. Ebenso zeigen meine Ausführungen, daß wir auf Grund der funktionellen Diagnostik des Herzgefäßapparates Fragen aufwerfen müssen, die sich auf den Chemismus des „inneren Sekretionsvorganges“ beziehen.

So greifen physikalische und chemische Regulationen ineinander, um den Organismus, auch wenn er krank ist, innerhalb gewisser Grenzen noch erhalten zu können.

III. Referate.

Appendizitische Streitfragen. Von Professor Dr. Adolf Schmidt.

Nach Schmidt sind es hauptsächlich drei Fragen, die sich in letzter Zeit in dem Chaos der Appendizitis-Diskussion als Kristallisationspunkte gebildet haben: die Frühoperation, die Intervalloperation und die chronische Appendizitis. Versuchen wir an der Hand dieser Fragen Klarheit über die wichtigsten Punkte zu gewinnen.

Die Forderung der Frühoperation, ursprünglich von wenigen energischen Chirurgen aufgestellt, hat sich innerhalb kurzer Zeit eine große, täglich wachsende Anhängerschaft unter den Chirurgen nicht nur, sondern auch unter den inneren Medizinern erworben. Sie verlangt bekanntlich, daß jede ausgesprochene, typische Appendizitis, wenn irgend möglich, innerhalb der ersten 48 Stunden operiert werden soll. Nach dieser Zeit soll zunächst abgewartet und nur bei vollentwickelter allgemeiner Peritonitis, der — fast immer aussichtslose — Versuch multipler Inzisionen gemacht werden. Übersteht der Kranke die gefährliche Zeit der ersten 5 bis 6 Tage, so soll entweder nach erfolgter Abszeßbildung inzidiert oder später im Intervall die Appendix entfernt werden.

Es ist sicher, daß dieser radikale Standpunkt viel für sich hat, und er zweifelt nicht daran, daß er in der Zukunft durchdringen wird. Er selbst bekenne sich schon jetzt als prinzipiellen Anhänger desselben, nur verlange er, daß die Voraussetzung des „ausgesprochenen typischen“ Anfalles ganz erfüllt ist.

Wie steht es aber mit der Annahme einer lokalen Peritonitis in den zahlreichen leichten Fällen, welche nicht das Bild des typischen Anfalles bieten, den Fällen, die von Sonnenburg als Appendicitis simplex aufgeführt werden und in der Praxis meist unter der sinnverwirrenden Diagnose „Blinddarmreizung“ gehen? Jeder von uns kennt diese Fälle, in denen im wesentlichen nur Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend vorhanden sind, die aber die tiefe Palpation nicht hindern. Der Finger fühlt, wie so häufig auch unter normalen Verhältnissen, das Col. ascendens, man kann aber nicht sagen, ob es verdickt ist. Vielleicht besteht gleichzeitig ein wenig Fieber, aber der Puls ist nicht auffallend frequent und das Allgemeinbefinden kaum gestört. Nur der Appetit ist schlecht, die Zunge eventuell belegt und der Stuhlgang angehalten. Sollen wir den Grundsatz der Frühoperation auch auf alle diese Fälle ausdehnen? Hierauf hat bisher die Diskussion noch keine präzise Antwort gegeben. Wenn auch einige chirurgische Heißsporne sie mit ja beantworten, so glaube er doch, daß die Mehrzahl aller Praktiker mit ihm nein sagen werden, und er freue sich, daß nach den neuesten Mitteilungen nicht bloß Sonnenburg, sondern sogar Sprengel, dieser freilich nur bedingt, ihnen beitreten.

Also: bei den leichten und leichtesten Anfällen, wenn die Zeichen lokaler Peritonitis (reflektorische Bauchdeckenspannung, kostale Atmung, Darmlähmung, Schmerzen beim Wasserlassen, auffallend starke Beteilung des Allgemeinbefindens usw.) fehlen oder wenn die Diagnose überhaupt zweifelhaft bleibt, kann die Forderung der Frühoperation nicht aufrecht erhalten werden. Trotzdem würde er auch in solchen

---

umso eher tun, als auch in Sachsen die Einkommensverhältnisse der Ärzte fast ebenso ungünstige sind als in Österreich.

Dr. Würzburger nimmt ein Einkommen von 4300 Mk. = 5160 K für den verheirateten Angehörigen der gebildeten Klasse als Minimum der standesgemäßen Lebenshaltung an. Unter 100 Ärzten versteuerten ein derartiges Einkommen im

Alter von 25—30 Jahren	23
„ „ 30—40 „	63
über 40 „	77

Diese Daten zeigen, daß unter den Ärzten mit 40 Jahren und darüber 33% das Einkommen von 4300 Mk. noch nicht erreichten; ja 6% in diesem Alter verfügen über ein Einkommen unter 1600 Mk.

Die näheren Untersuchungen des Einkommens der Ärzte, unterschieden nach dem Lebensalter, ergeben aber die betrübende Tatsache, daß das Einkommen der Ärzte keineswegs bis in die höheren Altersklassen fortschreitet, vielmehr ist die Anzahl der Zensiten mit einem Einkommen von 4300 Mk. unter den Ärzten über 50 Jahre kleiner, als in der Altersklasse von 40—50 Jahren, dafür ist in der Stufe über 50 Jahre das Einkommen bis 2800 Mk. stärker vertreten als in dem Alter von 40—50 Jahren.

Hiezu bemerkt der Verfasser: Im Alter von über 50 Jahren schränkt sich offenbar bei den Ärzten die Berufstätigkeit von selbst ein oder sie wird eingeschränkt. Mit anderen Worten gesagt: Das Einkommen der Ärzte ist im allgemeinen ein ungenügendes; durchschnittlich beginnt erst mit dem 30. Lebensjahre die Erwerbstätigkeit des Arztes und mit dem 50. Lebensjahre geht das Einkommen schon wieder zurück. Der Arzt ist also kaum 20 Jahre auf der Höhe des Einkommens. Dieser Zeitraum genügt gewiß selbst für diejenigen Ärzte, die ein besseres Einkommen aufweisen, nicht, um etwas Nennenswertes für das Alter zurückzulegen; für die meisten Ärzte besteht aber keine Altersversorgung.

Es kommt aber noch ein Moment hinzu, welches diese traurigen Verhältnisse noch ungünstiger gestaltet. Denn der Arzt sowohl in der Stadt als auch auf dem flachen Lande lebt unverhältnismäßig teuer im Vergleich mit den Steuerträgern desselben Einkommens; insbesondere muß er die Wohnung unverhältnismäßig hoch bezahlen.

Für die Stadt ist dies ohneweiteres einleuchtend; die Erhebungen des Dr. Friedrich Janeczek über die Wohnungsverhältnisse der Gemeindeärzte in Niederösterreich erweisen, daß die elendesten Wohnungen am Lande von den Ärzten viel zu teuer bezahlt werden müssen, da sonst keine andere Wohnung für den Arzt zur Verfügung steht. In vielen Fällen wird der Landarzt gezwungen, sich ein Haus zu bauen, weil er überhaupt keine Wohnung findet; daß dies seine wirtschaftliche Lage verschlimmert, ist ohneweiteres klar.

Bei den Landärzten kommt noch weiter in Betracht, daß sie in vielen Fällen ihre Kinder zur Erziehung in die Stadt geben müssen, was abermals unverhältnismäßig hohe Kosten verursacht.

Von den 447 Gemeindeärzten Niederösterreichs mußten 241, also weit über die Hälfte, ihre Kinder auswärts erziehen lassen.

Die bisher gebrachten Daten bezogen sich auf das Jahr 1898. Seitdem hat sich aber das Einkommen der Ärzte wesentlich verschlechtert, und zwar durch die unverhältnismäßige Zunahme der Ärzte.

Während man 1898	9204	Ärzte zählte,
sind deren 1905	11764	
also um	2560	Ärzte mehr
in Wien 1898	1930	
1905	2813	
+	883	
in Böhmen 1898	2250	
1905	2740	
+	494	

Fällen die Hinzuziehung eines Chirurgen schon gleich zu Anfang empfehlen, schon damit derselbe über den Verlauf sich ein eigenes Urteil bilden kann.

Ein Schematisieren nach bestimmten Symptomen, derart, daß, wenn dieses oder jenes Zeichen vorhanden ist, der Fall nicht mehr in die erste Gruppe gehört, nützt hier nichts, vielmehr sei nochmals daran erinnert, daß das klinische Bild gerade bei der Appendizitis nichts über den anatomischen Befund aussagt. Den Ausschlag gibt nur die klinische Erfahrung, die hier mehr auf den Gesamteindruck als auf die lokalen Symptome Wert legt. Daraus, daß die chirurgische und die innere Erfahrung auf diesem Gebiete an ganz verschiedenem Material gesammelt wurden, entstehen die häufigen Differenzen bei den Konsilien. Während die Chirurgen vielfach die leichten und zweifelhaften Fälle für Seltenheiten erklären, glaube Schmidt in Übereinstimmung mit der Mehrzahl aller inneren Ärzte, diese für mindestens ebenso zahlreich wie die ausgesprochenen, typischen Anfälle.

Was die sogenannte Intervalloperation betrifft, so ist diese stets in Erwägung zu ziehen, wenn der Verlauf bestätigt hat, daß eine Appendizitis vorlag. War dem Anfalle schon früher ein anderer, wenn auch leichter, innerhalb der letzten ein bis zwei Jahre vorausgegangen, so riet Schmidt unter allen Umständen zur Intervalloperation. Das gleiche ist der Fall, wenn die Restitutio ad integrum auf sich warten läßt, so daß das Zurückbleiben von Residuen befürchtet werden muß.

Was die Verhältnisse des Patienten betrifft, soweit sie für die Intervalloperation in Frage kommen, so kann eine schlechte, schwächliche Konstitution eventuell nach der einen oder anderen Richtung hin den Ausschlag geben. Im jugendlichen Alter wird man sich ferner leichter zur Operation entschließen als im hohen Alter, wo oft die Bauchdecken sehr fettreich sind und dadurch die Operation technisch schwierig zu werden droht. Lebt der Patient in günstigen Verhältnissen, kann er sich schonen und ist ärztliche Hilfe jederzeit leicht erreichbar, so wird man eher von einer Intervalloperation absehen können, als wenn der Patient mitten im Erwerbsleben steht, viel auf Reisen ist und keine sorgfältige Diät halten kann.

Der gegenwärtig am meisten umstrittene und schwierigste Punkt der Appendizitisdiskussion ist die Frage der chronischen Appendizitis. Die eigentliche chronische Appendizitis ist diejenige Form, welche schleichend beginnt und über viele Jahre sich erstrecken kann, ohne daß es jemals zu einem typischen appendizitischen Anfalle kommt. Die Abgrenzung dieser Affektion, an deren Vorkommen nicht wohl zu zweifeln ist, von anderen, ihr nahestehenden oder mit ihr sich komplizierenden Affektionen ist so schwer und bisher noch so selten durchgeführt, daß von einer Beschreibung ihres klinischen Bildes noch nicht eigentlich die Rede sein kann.

Was die klinischen Symptome der Affektion betrifft, so ist das einzige positiv verwertbare Merkmal, welches bei den meisten Formen angetroffen wird, der Schmerz in der Ileozökalgegend, dessen Intensität bald so gering bleibt, daß der Patient nur unter besonderen Umständen auf ihn aufmerksam wird, bald sich zu den heftigsten Koliken steigert. Neben den subjektiven Schmerzen kann, aber braucht nicht, eine objektive Druckempfindlichkeit in der Zone des Mc. Burneyschen Punktes vorhanden sein. Überhaupt ist der Ileozökalschmerz kein umumgängliches Erfordernis, er kann auch vollständig fehlen, wie schon aus den Bezeichnungen: Appendicitis mascata und larvata hervorgeht. Alle übrigen Erscheinungen, welche sonst noch bei der Krankheit beobachtet worden sind: zeitweise Ausdehnung der Schmerzen über das ganze Abdomen, fühlbare Resistenzen in der Ileozökalgegend, Verdauungsstörungen der verschiedensten Art, namentlich spastische Obstipation mit oder ohne Entzündung der Kolonschleimhaut, Blasenbeschwerden usw. sind zu vieldeutig und vor allen Dingen zu inkonstant, als daß sie als Symptome der chronischen Appendizitis angesprochen werden könnten, selbst dann nicht, wenn sie sich mit dem Ileozökalschmerz verbinden.

Die wichtigste Frage bleibt also die, welche Bedeutung wir der spontanen und palpatorischen Empfindlichkeit der Gegend des Mc. Burneyschen Punktes für die Diagnose der chronischen Appendizitis beilegen dürfen? Hier gehen die Ansichten der Autoren weit auseinander. Die leider noch so häufige Augenblicksdiagnose nach dem Grundsatz: Mc. Burney-

---

In den letzten 7 Jahren hat in Österreich die Anzahl der Ärzte um 27% zugenommen, in Wien um 43%, in Böhmen um 22%; diese Ärztezunahme, die in keinem Verhältnisse steht zu der Bevölkerungszunahme, hat in den letzten Jahren das ärztliche Einkommen noch weiter ungünstig beeinflußt.

Diese Zahlen lassen an Tristheit nichts zu wünschen übrig. Sie sind aus den offiziellen Ausweisen gewonnen, also, was ihre Zuverlässigkeit anbelangt, nicht anzuzweifeln. Man könnte nur gegen sie einwenden, daß die Schlüsse dennoch nicht stimmen, weil die Ärzte nicht richtig ihr Einkommen einbekannt haben und infolgedessen bei der Personaleinkommensteuer zu niedrig eingeschätzt worden sind. Es muß zugegeben werden, daß sich das Einkommen aus der ärztlichen Privatpraxis schwer kontrollieren läßt; es liegt aber absolut kein Anhaltspunkt vor, anzunehmen, daß die Ärzte im allgemeinen schlechter einbekannt haben, als die anderen selbständigen Berufe.

Im allgemeinen nehmen die Statistiker an, daß für die Versteuerung das Einkommen niedriger angegeben wird, als es der Wirklichkeit entspricht, und zwar 10—50% zu niedrig.

Selbst dann aber, wenn wir annehmen, wenn auch nicht zugegeben, daß das Einkommen der Ärzte aus der Praxis um 50% höher ist als das angegebene, erreicht nur ein geringer Teil der Ärzte jenes Einkommen, auf welches dieser Stand nach dem mühevollen und mit großen Kosten verbundenen Studium vollen Anspruch hat; selbst dann ist es ungenügend für eine standesgemäße Lebenshaltung; an einen Sparpfennig für das Alter ist bei den meisten Ärzten nicht zu denken. Wir können nun nicht direkt beweisen, daß das einbekannte ärztliche Einkommen der Wahrheit nahe kommt; aber zwei Tatsachen sprechen dafür, daß das Einkommen ein ungenügendes ist.

Erstens die erschreckensgroße Anzahl von unversorgten Witwen und Waisen nach Ärzten, die im größten Elend zurückbleiben, und zweitens die auffallend hohe Zahl von unverheirateten Ärzten, besonders in den größeren Städten. Die Ärzte sind heute tatsächlich in vielen Fällen nicht imstande, einen Familienstand zu gründen und eine Familie zu erhalten.

Als Ursache dieses unzulänglichen Einkommens wird im allgemeinen und auch in dem Buche des Dr. Leiter die Überproduktion angegeben. Diese Annahme ist aber nicht richtig. Es besteht nur Ärzteüberfluß in den Universitätsstädten, besonders in Wien und Prag, sowie in einzelnen Mittelstädten und den Kurorten. Auf dem flachen Lande besteht stellenweise sogar Ärztenot.

Das ist ja gerade das Betrübende für unseren Stand, daß wir kaum das Existenzminimum verdienen, bei hinreichender Beschäftigung, oft bei Überanstrengung. Dies ist einerseits tief bedauerlich, aber anderseits der einzige Hoffnungsstrahl. Denn wenn es wahr wäre, daß das ärztliche Einkommen unzulänglich ist, weil es zu viel Ärzte gibt, dann wäre eine Abhilfe unmöglich und wir müßten uns resigniert in das Unabänderliche fügen.

Da aber die wesentliche Ursache des Ärzteelendes nicht die Überproduktion, sondern die ungenügende Bezahlung ist, so besteht Aussicht auf Besserung. Die bisherigen Zustände sind unhaltbar, sie sind ungerecht für den Arzt, sie schädigen auf die Dauer das öffentliche Wohl.

Arbeit gibt es auch heute noch für alle Ärzte.

Diese Arbeit ist nur ungleichmäßig verteilt und wird ungenügend bezahlt. Es wird für die Ärzte dann besser werden, wenn der Grundsatz des bürgerlichen Gesetzes, daß jede Arbeit ihres Lohnes wert ist, auch auf die Ärzte Anwendung findet.



scher Punkt druckempfindlich, ergo Appendizitis, kann nicht genug bekämpft werden.

Zum Schlusse bespricht Schmidt das Verhalten in therapeutischer Hinsicht bei der Appendizitis. Er warnt vor übereilter Operation und hält die Aussichten der internen Therapie nicht für so schlecht wie im allgemeinen angenommen wird. Bestimmte Grundsätze für den Weg, welchen wir einzuschlagen haben, lassen sich freilich nur schwer geben; die Schwere des einzelnen Falles, sein Alter, die Gesamtkonstitution und die äußeren Verhältnisse des betreffenden Patienten sind darauf von Einfluß. Die Heilmittel, welche uns zur Verfügung stehen, sind diätetische, physikalisch-therapeutische und arzneiliche.

Was die Diät betrifft, so sei diese eine blande, schlackenarme und reizlose Kost, deren Zusammensetzung sich nach dem einzelnen Falle richtet. Er verwirft also Schwarzbrod, alles Obst und alles Gemüse und beschränkt sich auf feingewiegtes Fleisch, Zwiebacke oder feinstes Weißbrod, feine Mehlspeisen, Butter, Kartoffelbrei, Reis und Nudeln. Auf alle Weise versucht er, den Darm wieder an Milch und Milchspeisen zu gewöhnen. Dazu wirkt oft im günstigen Sinne die Bettruhe mit. Wird durch diese Diät die Neigung zur Verstopfung befördert, was durchaus nicht immer der Fall ist, so bekämpft er sie auf andere Weise, durch Massage oder durch kleine Dosen Abführmittel, von denen er Cascara, Sagrada, Feigensirup und Tamarinden bevorzugt. Nur ganz allmählich soll der Übergang zu einer gröberen Kost erfolgen, indem leichte Gemüse durchgerührt mit Kartoffelbrei vereinigt werden usw. Bei allen Rückfällen wird sofort auch mit der Diät ein Schritt zurück getan.

In der Behandlung der spastischen Obstipation, die manche Autoren für den Kernpunkt des ganzen Krankheitsbildes ansehen, stehen die Öleinläufe obenan. Er glaubt jedoch, daß kleine Einläufe von warmem Wasser ($^1/_2$ *l*) oder von Kamillentee viel unbedenklicher seien, auch bei häufiger Wiederholung. Dringend zu warnen ist vor sogenannten „hohen“ (großen) Einläufen, vor Einläufen mit kaltem Wasser, mit adstringierenden und reizenden Substanzen und auch mit den natürlichen Brunnen. Gute Dienste leisten ihm Regulin und Pararegulin. Auch Massage und Elektrizität, von kundiger Hand geübt, leisten bei chronischer Appendizitis gute Erfolge.

Von hydrotherapeutischen Prozeduren kommen für die Behandlung der chronischen Appendizitis nur die milden in Betracht: heiße Kataplasmen, speziell in Gestalt der vorzüglich wirkenden Moorumschläge, Priessnitzsche Umschläge, eventuell Sitzbäder und warme Vollbäder.

Bestimmte Arzneimittel, von denen wir einen heilenden Erfolg auf die chronisch erkrankte Schleimhaut der Appendix erwarten dürfen, gibt es kaum. Tannin- und Bismutpräparate können gelegentlich von Nutzen sein, auch Katechu und Ipecacuanha können versucht werden. Für eine systematische Behandlung kommen auch eventuell die natürlichen Mineralwässer in Frage.

Zum Schlusse empfiehlt Schmidt noch eine Maßnahme, die ihm schon manchmal bei langwierigen Dickdarmleiden Nutzen gebracht hat. Das ist die gleichzeitige systematische Behandlung des Magens mit abendlichen Ausspülungen. Auch wenn die Funktionsprüfung des Magens anscheinend normale Verhältnisse ergab, gibt es wenige chronische Darmleiden, bei denen nicht ein Abhängigkeitsverhältnis der Beschwerden von zeitweisen Störungen der Magenverdauung besteht. (Prager Med. Wochenschr. 1907, Nr. 1.)

*

Zur Kenntnis der orthotischen Albuminurie. Von O. Heubner.

Angesichts der sich widersprechenden Meinungen dieses Leidens ist von verschiedener Seite schon darauf hingewiesen worden, welchen Wert es haben würde, wenn man Gelegenheit hätte, die Nieren eines Orthotikers anatomisch untersuchen zu können.

Heubner ist nun in der Lage, dieses Postulat an einem Falle zu erfüllen. Es handelt sich um ein 10jähriges Mädchen, das im Jahre 1903 auf die H. Poliklinik gebracht wurde, wo nur eine Bronchitis der rechten Lunge und geringgradige, aber multiple Drüsenschwellungen am Halse konstatiert wurden. Das Aussehen war frisch, am Herzen nichts Krankhaftes, der Urin wurde bei mehrfachen Untersuchungen eiweißfrei gefunden. Baldige Heilung.

Im März 1904 trat sie wieder wegen der Wiederkehr stärkerer Drüsenschwellungen am Halse in poliklinische Behandlung. Auch jetzt war der Urin eiweißfrei. Die Drüsenschwellungen besserten sich, die Kleine wurde wieder entlassen. Sie erschien wieder im Mai 1904. Es hatte sich wieder Husten eingestellt, daneben aber erbrach sie jetzt öfter und hatte häufig Kopfschmerzen, die manchmal sehr heftig waren. — Jetzt war aber auch die Gesichtsfarbe blaß, und um die Augen sah das Kind etwas gedunsen aus. — Die nunmehr wieder angestellte Urinuntersuchung ergab jetzt einen nicht unerheblichen Eiweißgehalt, der zuweilen bis zu 4 pro Mille anstieg, und wobei immer der durch Essigsäure fällbare Körper überwog. Ein genaueres Studium ergab, daß der Morgenurin stets völlig frei von Eiweiß war und daß niemals Zylinder nachgewiesen werden konnten. Das Kind wurde am 4. Juni auf die Klinik aufgenommen und die völlige Abhängigkeit der Albuminurie von dem Wechsel der Körperhaltung in nahezu 14tägiger Beobachtungszeit bestätigt.

Während der Behandlung im Krankenhause schwanden die leichten Ödeme, und das Kind wurde in gutem Zustande, aber mit Fortbestehen der Albuminurie entlassen am 15. Juni 1904.

Im November 1904 kam sie aber wieder. Nachdem das Kind eine Zeitlang bis auf etwas Husten subjektiv wohl gewesen war, bekam es gegen Ende Oktober Erscheinungen von Augenflimmern, Kopfschmerzen, Erbrechen und eine allmähliche zunehmende Abnahme der Sehkraft. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab Stauungspapille mit choreoiditischen Herden. — Alle Beschwerden vermehrten sich langsam, aber stetig. Die kleine Patientin wurde von neuem in die Klinik aufgenommen, wo nun die Diagnose eines Kleinhirntumors mit sekundärem Hydrokephalus immer wahrscheinlicher wurde. Eine Lumbalpunktion während dieses Krankenhausaufenthaltes (24. November bis 24. Dezember 1904) ergab einen Hirndruck von 440 *mm* Wasser — 15 cm^3 wasserklarer Flüssigkeit wurde entleert, mit erheblicher subjektiver Erleichterung in den nächsten Tagen.

Zunächst bestand eine geringe Albuminurie noch 36 Stunden nach der Aufnahme, trotz Bettlägerigkeit. Von da an aber verschwand sie, und der Urin blieb während der ganzen vier Wochen, wo die Kranke im Bette lag, eiweißfrei.

Während der ersten Monate des Jahres 1905 blieb der Zustand stationär oder schritt nur langsam vorwärts. Seit Juli 1905 nahm Kopfschmerz, Erbrechen zu und öftere Krampfanfälle traten hinzu. Das Sensorium trübte sich immer mehr, allerdings mit zeitweiligen Besserungen.

Das Verhalten des Urins blieb das gleiche. Die Kranke lag kontinuierlich im Bett, und während dieser ganzen Zeit war der Urin eiweißfrei. Wurde das Kind aber (in den besseren Tagen) einige Zeit in aufrechter Stellung außer Bett gehalten, so erschien auch prompt wieder Eiweiß im Urin.

Das Sediment wurde wochenlang täglich untersucht, nie fanden sich Zylinder, immer nur Scheidenepithel und spärliche Leukozyten.

Am 11. Oktober 1905 erfolgte der tödliche Ausgang. Die Sektion ergab ein großes Zystengliom in der linken Kleinhirnhemisphäre und hochgradigen Hydrokephalus.

Beide Nieren waren makroskopisch unverändert. Betreffs genauerer histologischer Untersuchung wurde jede Niere zunächst in üblicher Weise in eine vordere und hintere Hälfte zerlegt, und von jeder Nierenhälfte 3 Teile, die Mitte, der vordere und der hintere Pol, gehärtet und geschnitten, so daß im ganzen 12 verschiedene, alle Provenienzen beider Nieren umfassende Teile der Organe einer genauen histologischen Untersuchung unterworfen wurden.



Bei dieser Untersuchung, die an jedem einzelnen Schnitte das Verhalten der Gefäße, des interstitiellen Drüsengewebes, sowie des Nierenparenchyms und hier wieder der gewundenen Kanäle, der Schaltstücke, Markstrahlen, Schleifen und Sammelröhren berücksichtigte, war zunächst etwaigen pathologischen Befunden gegenüber zu erwägen, ob es sich um Veränderungen handelte, die auf Vorgänge während der langen Agonie, die das hirnkranke Kind durchzumachen hatte, zu beziehen waren, oder ob Zeichen einer Nephritis nachweisbar waren, die, wenn sie der orthotischen Albuminurie zugrunde gelegen hätte, eine Dauer von nahezu anderthalb Jahren hätte gehabt haben können.

Daß die lange Bettlägerigkeit und die letzten Monate und Wochen mit ihrem Darniederliegen aller Hirntätigkeit den öfter sich wiederholenden Krampfanfällen, der allmählich abnehmenden Herzkraft wie an anderen inneren Organen, auch an den Nieren nicht spurlos vorübergegangen war, ließ sich erwarten. So fand sich denn auch, und zwar mit wenig Unterschied, in allen Provinzen beider Nieren eine bedeutende Hyperämie der kleinen Venen und des ganzen Kapillarnetzes, so daß Rinde wie Markstrahlen geradezu wie injiziert sich ausnahmen. Diese Blutüberfüllung darf wohl als Folge der Stauung angesehen werden, die in den letzten Lebenswochen und Tagen allmählich mehr und mehr anwuchs. Sie war nirgends auch nur mit der geringsten Extravasierung von Blut verbunden. Nirgends auch nur eine Andeutung von hämorrhagischem Infiltrat.

Eine zweite nur leichte, aber ziemlich verbreitete Abweichung von der Norm war eine geringe Durchsetzung einzelner Zellen oder Zellengruppen des Nierenparenchyms von spärlichen Fettkörnchen. Solche fanden sich in der Vorderhälfte der rechten Niere bei allen Abschnitten spärlich verstreut vor, in der Hinterhälfte traf sie H. nur im Mittelstück, während vorderer und hinterer Pol frei waren. Die (durch Sudanfärbung der Gefäßschnitte) nachweisbaren Körnchen lagen meist in den dem Lumen abgekehrten basalen Partien der Zellen. Vorwiegend waren die Kanäle der Markstrahlen, aber teilweise auch die gewundenen Kanäle erster Ordnung betroffen.

In der linken Niere war diese leichte Fettmetamorphose noch etwas ausgebreiteter als rechts. Man fand die Fettkörnchen in den Sammelröhren wie in den geraden Kanälen der Markstrahlen, und zwar einzeln auch in Schleifenteilen und im vorderen Pol der hinteren Nierenhälfte, auch in einigen gewundenen Kanälchen.

Durchweg war aber diese Fettmetamorphose oder Fettinfiltration nur höchst geringfügig und auf einzelne Zellen oder Zellgruppen beschränkt. Verglichen mit der Fettmetamorphose des Nierenparenchyms eines Falles von leichter Kindernephritis, wo ich Gelegenheit hatte, die Nieren zu untersuchen, war sie verschwindend gering. Da, wie die weitere Beschreibung zeigen wird, im übrigen keinerlei Zeichen einer irgendwie gearteten Zündung oder Degeneration der Nieren zu entdecken waren, so wird man nicht fehl gehen, wenn man auch diese geringen Abweichungen von der Norm auf die schweren Schädigungen zurückführt, denen der ganze Organismus in den letzten Wochen des schweren Nierenleidens durch Zirkulationsstörungen, mangelhafte Ernährung und Atmung unterworfen sein mußte.

Das gesamte Gefäßsystem, im besonderen die Glomeruli, zeigt sich in beiden Nieren in allen untersuchten Provinzen vollkommen intakt. Das Kapselepithel ebenso wie der Überzug der Glomeruli und die einzelnen Schlingen zeigten deutliche und gut färbbare Kerne, keine Verdickungen der Gefäßwände oder Verengerungen des Lumens. Ebenso war das Epithel der Schaltstücke, Sammelröhren, Schleifen überall auf das Schönste erhalten, die Kerne tadellos gefärbt, ganz ebenso in den gewundenen Kanälen des Labyrinthes. Nirgends fand sich in den Interstitien eine Zellwucherung, eine Verbreiterung der Zwischenräume, eine Lockerung des Gewebes oder sonst etwas Abnormes. Es war eben überall das Bild eines ganz gesunden Nierenparenchyms vorhanden.

Bis auf eine einzige Ausnahme! In dem Mittelstück der rechten Niere bemerkte man auf deren hinteren Hälfte, nahe dem großen, die beiden Hälften trennenden Längsschnitt eine ganz flache Delle von Linsengröße: Diese Delle entspricht einem dicht unter der Kapsel, ganz an der Oberfläche der Niere gelegenen kleinen Herd, der einen Durchmesser von 1 *mm* hat und $^1/_2$ *mm* in die Tiefe reicht. Hier sieht das Nierengewebe wie verödet aus. Da und dort finden sich zwar noch vereinzelte Reste gewundener Kanälchen mit ganz gut erhaltenem Epithel, aber sie liegen zerstreut in einem narbenartigen Bindegewebe, das von Rundzellen reihenweise durchsetzt ist, die im Zentrum des Herdes zu einem Knötchen zusammentreten. Im Bereich des Herdes finden sich eine Anzahl geschrumpfter Glomeruli. Die den Herd umgrenzenden Partien der Nierenrinde waren völlig normal beschaffen. Eine Verengerung, Thrombosierung o. dgl. von Arterien oder Venen war nicht sichtbar. Etwas markwärts von diesem Herde findet sich noch eine knötchenartige Rundzellenanhäufung.

Das war die einzige degenerative Veränderung, die sich in dem ganzen Bereiche beider Nieren hat nachweisen lassen. Sie war offenbar frischen Ursprungs und ihre Entstehung ebenfalls wie jene Blutüberfüllung und leichte Fettmetamorphose wohl auf die letzten Lebenswochen zurückzuführen. Als Infarkt war der Herd nicht anzusprechen, da ganz gut erhaltene Harnkanälchen in seinem Innern lagen. Vielmehr handelte es sich um einen umschriebenen atrophischen Bezirk von ganz geringer Ausdehnung. Herrn Prof. Orth, dem H. die Schnitte zur Begutachtung vorlegte, war die Anomalie bekannt. Man trifft sie häufig in den Nieren alter Leute mit Arteriosklerose, als zerstreute Befunde in sonst normalen Nieren.

Es kann also auch dieser einzige kleine Herd nicht etwa als eine partielle Nierenentzündung aufgefaßt werden, die zu der im Leben bestandenen Albuminurie von $1^1/_2$ jähriger Dauer könnte in Beziehung gebracht werden.

Vielmehr ändern die beschriebenen Abweichungen von der Norm, die ohne sehr eingehende Untersuchung überhaupt unbemerkt geblieben wären, nichts an der Tatsache, daß die Nieren im großen und ganzen makroskopisch wie mikroskopisch ein durchaus normales Verhalten erkennen ließen.

Mit dieser Tatsache aber dürfte zum ersten Male der anatomische Nachweis dafür geliefert sein, daß eine chronische Albuminurie ohne Zylindrurie vorkommen kann, ohne daß eine Erkrankung der Niere vorzuliegen braucht. Ob das für jede Art von Albuminurie Geltung haben kann, ist damit freilich nicht bewiesen, sicher ist es für diejenige Form der Ausscheidung, die jetzt unter dem Begriff der orthotischen allmählich das Bürgerrecht in der Pathologie sich erwirbt.

Zum Schluß sei aber noch ein Umstand hervorgehoben, der nicht ohne Interesse ist. — Die Patientin war, wie aus der Krankengeschichte ersichtlich, ursprünglich wegen öfteren Hustens und — nicht sehr erheblicher — Anschwellung der Nacken- und der Halslymphdrüsen in Behandlung gewesen. — Auf der Lunge war nichts Krankhaftes nachgewiesen worden.

Bei der Sektion fand sich aber außer den erwähnten Befunden in der linken Lungenspitze eine geringe tuberkulöse Erkrankung, eine narbige Einziehung, der in der Lungensubstanz eingedickte kleine käsige Knötchen entsprechen. In dem rechten oberen Lungenlappen fand sich eine Aussaat spärlicher grauer Tuberkelknoten. Über die Bronchialdrüsen sagt der Bericht nichts aus.

Dieser Befund verdient deshalb hervorgehoben zu werden, weil von französischen Autoren darauf aufmerksam gemacht worden ist, daß die orthotische Albuminurie nicht allzuselten eine „prätuberkulöse“ Erscheinung sei. Untersuchungen, die in H.s Poliklinik von Dr. Reyher angestellt worden sind, scheinen diese Wahrnehmung zu bestätigen. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 1, 1907.)



IV. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Sitzung vom 6. Juni 1907.

Josef Karl Friedjung stellt ein vierjähriges Mädchen mit sekundärer Vaccine im Gesichte vor. Auffällig für die Infektion ist der späte Termin der Übertragung, nämlich der 13. Tag nach der Impfung des Bruders.

Ludwig Jehle demonstriert einen Fall von Meningitis cerebrospinalis, der durch Injektionen von Meningokokkenserum Paltauf geheilt wurde. Zirka 72 Stunden nach Beginn der Erkrankung wurde die Lumbalpunktion gemacht, wobei sich zirka 20 *cm*³ einer stark eitrig getrübten Flüssigkeit entleerten, die schon mikroskopisch zahlreiche Meningokokken enthielt. Darauf wurden 20 *cm*³ Meningokokkenserums intradural injiziert. Die Temperatur fiel in den nächsten 12 Stunden von 40·0 auf 36·7°. Doch blieb die Nackenstarre ziemlich unverändert bestehen, ebenso war die Lumbalpunktion am nächsten und zweitnächsten Tage noch trüb, enthielt jedoch mikroskopisch gar keine und kulturell eine einzige Meningokokkenkolonie. 48 Stunden nach der ersten Injektion trat neuerdings eine Temperatursteigerung bis 39·2° auf, am nächsten Morgen 36·8°. Am Abend dieses Tages und am nächsten Tage neuerdings Temperaturen bis 39·3°, stärkere Nackenstarre. Es wird nun neuerdings eine Seruminjektion vorgenommen, nachdem durch Lumbalpunktion vorher zirka 30 *cm*³ einer eitrig getrübten Flüssigkeit entleert worden waren, die sehr spärliche Meningokokken enthielt. Nach dieser Injektion neuerdings Temperaturabfall zur Norm, die Nackenstarre schwand binnen 24 Stunden fast vollständig. Pat. blieb andauernd fieberfrei. Schon 48 Stunden nach der zweiten Injektion war die Lumbalpunktionsflüssigkeit vollständig klar und frei von morphologischen Elementen und Bakterien. Das Kind bot außerdem noch einen recht interessanten Befund. Am sechsten Krankheitstage und dritten Tage nach der ersten Seruminjektion, trat am linken Oberschenkel ein etwa handtellergroßer Herpes auf, der sich in den nächsten Tagen noch rasch ausbreitete. In dem eitrigen Inhalte mehrerer Bläschen ließen sich in den ersten Tagen mikroskopisch zahlreiche wohlerhaltene Meningokokken nachweisen.

Theodor Escherich glaubt, daß die Meningokokken in den Herpesbläschen am Oberschenkel wohl nur auf dem Wege der Blutzirkulation, also gleichsam als Metastase in die durch Reizung der trophischen Nerven entstandenen Herpesbläschen gelangt seien. Beachtenswert sei auch der Erfolg der Serumbehandlung. Er hatte bisnun reichlich Gelegenheit zur Anwendung der verschiedenen Meningokokkensera, speziell des von Jochmann und Ruppel und des im hiesigen serotherapeutischen Institute dargestellten. Sie kamen alle in einer Dosis von 10—20 *cm*³ intradural möglichst frühzeitig nach Beginn der Erkrankung zur Anwendung. Schädliche Folgen oder unangenehme Zwischenfälle bei der Injektion kamen nicht zur Beobachtung. In leichten und mittelschweren frischen Fällen ist eine unzweifelhafte günstige Wirkung bemerkbar, die sich im Sinken der Temperatur, Schwinden der Delirien, Verminderung der Nackenstarre, bisweilen in einem fast völligen Schwinden aller Krankheitserscheinungen innerhalb 24 Stunden äußerte. Daneben soll in allen Fällen die örtliche desinfizierende Behandlung des Nasenrachenraumes geübt werden.

Otto Schey demonstriert ein einjähriges Brustkind mit Malaria aus Jaffa (Palästina). Das Blutpräparat ergab zirka 72% Lymphozyten, ferner vereinzelte kernhaltige rote Blutkörperchen, deutliche Chromatophilie und Malariaplasmodien vom Typus der Tertianaparasiten.

Freih. v. Pirquet hält seinen Vortrag: Über diagnostische Impfung mit Tuberkulin: Die Prinzipien der neuen Reaktion, mittels deren man die Tuberkulose zu erkennen vermag, sind von der Kuhpockenimpfung abgeleitet. Zum Unterschiede von der Vakzination wird bei der Tuberkulinimpfung der allgemeine Organismus nicht beeinflußt. Vortr. hat 360 Impfungen bis nun vorgenommen und eine auffallende Übereinstimmung von klinischer Tuberkulose und Tuberkulinimpfung feststellen können. 85% von klinisch sichergestellter Tuberkulose reagierten positiv, 12% negativ; letztere befanden sich in kachektischem Zustand oder waren bereits an Miliartuberkulose erkrankt. Bei Erwachsenen ist die Reaktion nicht so eindeutig und daher auch nicht so wertvoll; es reagieren viele Personen, ohne manifeste Zeichen von Tuberkulose zu haben. Von den Kindern mit verdächtigen Zeichen von Tuberkulose reagierten 33%. Vortr. demonstriert zum Schlusse die Impfung: Die Haut an der Außenseite des Unterarmes wird mit Äther gereinigt, dann mittels einer Pipette oder aus einem Lymphröhrchen zwei Tropfen Tuberkulin aufgetropft. Er verwendete Kochsches Alttuberkulin mit 1 Teil 5%igen Karbolglyzerins und 2 Teilen physiologischer Kochsalzlösung. Danach wird mit einer ziemlich schweren Lanzette mit rundem, dünnem Stiele, deren Spitze vorher ausgeglüht wurde, zwischen den Tropfen eine Bohrung zur Kontrolle angelegt. Dann wird innerhalb der beiden Tuberkulintropfen ebenfalls geritzt. Die Inspektion der Impfstelle geschieht an drei aufeinander folgenden Tagen.

Paul Moser berichtet über 120 Fälle, die der Pirquetschen Allergieprobe unterzogen wurden. Von den 120 Fällen starben im Verlaufe des Spitalsaufenthaltes 28. Von diesen hatten 14 keine Reaktion nach Pirquet ergeben, durch die Sektion konnte ebenfalls keine Tuberkulose nachgewiesen werden, 11 von den 28 Verstorbenen reagierten im positiven Sinne, bei diesen wurde post mortem überall Tuberkulose konstatiert, in drei Fällen betraf es Säuglinge zwischen dem 5. und 9. Monate. Drei von den 28 Kindern wiesen ein negatives Impfresultat auf, bei der Nekropsie jedoch fand man tuberkulöse Herde. In diesen 3 Fällen handelte es sich um schwer kachektische Individuen, die, wie ja auch v. Pirquet schon erwähnt hat, öfter keine Reaktionsfähigkeit mehr gegenüber der Tuberkulinprobe besitzen. Mit Rücksicht auf diese Befunde muß man der Pirquetschen Allergieprobe einen außerordentlichen Wert beimessen, da wir in ihr einen sehr wertvollen Behelf für die Diagnose der Tuberkulose gewonnen haben. Er schlägt diese Probe als einen der Wertmesser bei der Beurteilung der Fähigkeit zum Stillen sowohl der Mütter, aber insbesondere der Ammen vor.

Friedjung tritt der von Moser gegebenen Anregung entgegen, da er das Reagens für die Entscheidung der Stillfähigkeit zu fein und auch für überflüssig halte.

Escherich sieht in der Allergieprobe Pirquets hauptsächlich ihre Bedeutung in der Verwertbarkeit zur Diagnose der Tuberkulose des Kindesalters.

Jehle demonstriert einen Fall mit positiver Impfreaktion nach Impfung mit Meningokokken.

Sitzung vom 13. Juni 1907.

Oskar Porges demonstriert eine neue Methode zur Bestimmung des diastolischen Blutdruckes und des Pulsdruckes. Er legt am Oberarm zwei sogenannte Riva-Roccische Manschetten an, die aus Metall und Gummi bestehen und durch einen Ballon mit Luft aufgeblasen werden. Beide stehen mit je einem Manometer in Verbindung. Man bläst die zentralwärts gelegene Manschette soweit auf, daß sie einen solchen Druck auf die Brachialis ausübt, daß der systolische Pulsdruck eben noch überwunden wird. P. hat mit dieser Methode zahlreiche Messungen ausgeführt und bei gesunden Individuen einen durchschnittlichen Pulsdruck von 40—50 *mm* Quecksilber ermittelt, also Werte, die mit den Zahlen vollkommen übereinstimmen, welche v. Recklinghausen mit Hilfe seiner Methode gefunden hat. Bei Aorteninsuffizienzen war der Pulsdruck erheblich größer, bei Vitien mit Kompensationsstörung oft erheblich kleiner.



Moriz Infeld zeigt Präparate von Herderkrankung in der Vierhügelgegend. Im ersten Falle (70jähr. Mann) bestanden nach einem Kopftrauma im Alter von fünf Jahren: Trochlearislähmung und eine links stärker ausgeprägte Okulomotoriuslähmung. Atrophie, spastische Parese, Sensibilitätsstörungen und choreiforme Bewegungen an der rechten Körperhälfte, Hyperflexibilität der Finger, klonische Reflexe am rechten Beine, Fehlen des Bauchdeckenreflexes rechts, kein Babinskisches Phänomen. Die Obduktion bestätigte diese Diagnose (Tuberkel im linken roten Kern). — Der zweite Fall betraf eine 25jährige Frau mit linksseitiger chronischer Ohreiterung, wegen welcher die Radikaloperation ausgeführt worden war. Pat. bot folgende Symptome: Benommenheit, diffuse Bronchitis, tuberkulöse Affektion der linken Lungenspitze, Stauungspapille, Steifigkeit und Druckempfindlichkeit des Nackens, vasomotorische Übererregbarkeit der Haut, Kernigsches Symptom, Hyperästhesie der unteren Körperhälfte, rechts Andeutung von Ptosis und leichte periphere Fazialisparese, rechte Pupille weiter als die linke, beide reflektorisch starr, früher bestanden auch rechtsseitige Hemianopsie, Blicklähmung, Ataxie der oberen Extremitäten, Patellarreflex rechts herabgesetzt, links fehlend, kein Babinski. Seit zwei Jahren Kopfschmerzen und Schwindel, seit einem Jahre Erbrechen. Die Obduktion ergab daselbst einen Tuberkel in den Vierhügeln.

Hermann v. Schrötter und Max Weinberger demonstrieren anatomische Präparate eines Falles von Bronchostenose infolge Schrumpfung von Lymphdrüsen. Die 53jährige Pat. litt an Emphysem mit Verdacht auf Trachealstenose. Später kam rechts eine exsudative Pleuritis dazu, schließlich bildete sich ein Pyopneumothorax aus. Bronchoskopisch konnte eine Verengerung beider Hauptbronchi, namentlich rechts, nachgewiesen werden. Die Obduktion ergab als Ursache derselben anthrakotische Lymphdrüsen, außerdem fanden sich Anthrakose der Milz und zahlreiche Bronchiektasien, eine erbsengroße bronchiektatische Kaverne war rupturiert und hatte so zur Entwicklung des Pyopneumothorax geführt.

Ferner stellt v. Schrötter einen 30jährigen Mann mit einem Plattenepithelkarzinom des rechten Bronchus vor. Pat. hat infolge sehr häufiger und intensiver Blutungen aus der Lunge in einem Jahre zirka $8^1/_2$ Liter Blut verloren. In der Lunge und Sputum nichts pathologisches. Bronchoskopisch wurde festgestellt, daß das Blut aus dem rechten Bronchus kam, in dessen Tiefe ein Tumor, nach dem Ergebnisse der Probeexzision ein Plattenepithelkarzinom, saß. Redner hält es für möglich, nach Anlegung eines Pneumothorax die operative Entfernung der Geschwulst vorzunehmen.

Hermann Schlesinger demonstriert histologische Präparate eines Falles von Abdominaltyphus mit schweren letalen Magenblutungen. Typischer schwerer Abdominaltyphus bei einer 14jährigen Pat. Nach einigen Tagen Collaps. Die Obduktion ergab eine große Menge von Blut im Magen, während der Darm von demselben frei war. Magenblutungen sind bei Abdominaltyphus ein seltenes Symptom.

Arthur Horner zeigt anatomische Präparate eines in den linken Bronchus durchgebrochenen Ösophaguskarzinoms. Die Radioskopie ergab, daß wismuthaltiger Brei auch in den linken Bronchus hinübertrat. Durch die Ösophagoskopie wurde in der Gegend der Bifurkationsstelle der Trachea ein Karzinom festgestellt, welches in den linken Bronchus durchgebrochen war. Pat. mußte mit der Schlundsonde ernährt werden und hat noch 33 Tage nach der Perforation gelebt.

Alfred Decastello und Robert Kienböck: Über die Radiotherapie der Leukämie. Die Erfahrungen stützen sich auf 18 Fälle eigener Beobachtungen (10 myeloide. 8 lymphatische Leukämien), von denen mehrere sehr lange (bis zu $2^1/_2$ Jahren) in Behandlung stehen. Bei der myeloiden Leukämie, bei der in zirka 90% aller Fälle bedeutende Besserung erzielt wird, kann durch konsequente Weiterbehandlung selbst über Jahre die Besserung erhalten werden. Doch ist Neigung zu Rezidiven vorhanden, die Wirksamkeit der Therapie läßt mit der Zeit nach und versagt schließlich. Akute letale Exazerbation der Krankheit kommt öfters vor. Die Prognose scheint weniger von der Krankheitsdauer als von der Akuität des Verlaufes abzuhängen. Bei der lymphatischen Leukämie wird ebenfalls häufig allgemeine Besserung erzielt, doch gelingt es selten, bestehende Anämien wesentlich zu bessern. Die Prognose ist bei der lymphatischen Leukämie vom Grund der Anämie abhängig. Im allgemeinen nimmt die Krankheit unter der Röntgenbehandlung einen sehr langsamen Verlauf mit geringer Neigung zu Rezidiven an, so daß die Prognose bezüglich der Lebensdauer besser erscheint als bei der myeloiden Leukämie. Die Wirkung der Radiotherapie beruht in erster Linie auf direkter Zerstörung der Parenchymzellen in den bestrahlten hyperblasierten leukozytenbildenden Apparaten mit davon abhängiger Verminderung der Leukozytenbildung und Toxinproduktion. Daneben ist aber bei der myeloiden Leukämie noch eine Fernwirkung auf nicht direkt bestrahlte Herde myeloiden Gewebes (Leber, Drüsen, Knochenmark) anzunehmen, da man durch alleinige Milzbestrahlung vollen therapeutischen Effekt erzielen kann. Bei der lymphatischen Leukämie äußert sich diese Fernwirkung nur in Verminderung der Granulozyten, dagegen sieht man hier nur jene Lymphome sich verkleinern, welche direkt bestrahlt werden. Die Vortragenden kommen zum Schlusse, daß durch die Bestrahlungen Substanzen entstehen, welche zwar nicht direkt leukolytisch wirken, jedoch die Neubildung von Granulozyten (aber wahrscheinlich nicht von Lymphozyten) hemmend beeinflussen. In zwei Fällen von myeloider Leukämie sahen die Vortragenden Priapismus nach Bestrahlung von Milz und Penis bald schwinden. Eine nierenreizende Nebenwirkung der Röntgentherapie wurde auch nach $2^1/_2$jähriger Behandlung niemals konstatiert. Die Vortragenden empfehlen bezüglich der Technik, anfangs nur schwache Bestrahlungen anzuwenden, falls sich dieselben als wirksam erweisen. Die verabreichten Lichtmengen sollen kontrolliert werden, um Hautschädigungen zu vermeiden.

Leopold Freund hat mit Radiotherapie der Leukämie dieselben Erfahrungen gemacht wie die Vortragenden. Es wurde durch die Behandlung sicherlich eine Verlängerung der Lebensdauer, eine bedeutende Verbesserung des Allgemeinbefindens, eine Zunahme des Körpergewichtes, Steigerung des Appetites und des Kraftgefühles, mehr minder wesentliche Verkleinerungen des Milztumors, bedeutende Abnahme der Leukozyten, oft verbunden mit einer Steigerung der Erythrozytenzahl, und des Hämoglobingehaltes, erzielt. Als sehr nützlich hat sich ihm bei der Behandlung der Leukämie die Kombination der Radiotherapie mit einer Arsen-Eisenmedikation erwiesen. Insbesondere scheinen ihm Injektionen von Ferrikodyl während der Röntgen-Kur guten Effekt zu haben.

Auch Emil Epstein kann den interessanten Ausführungen der Vortragenden im allgemeinen beipflichten. Bezüglich der Knochenbestrahlungen bemerke er, daß in einem Falle von chronisch gutartiger sublymphämischer Lymphomatose nach Bestrahlung der großen Röhrenknochen ein auffallendes und anhaltendes Herabsinken der Lymphozytenzahlen zu verzeichnen war.

Gottwald Schwarz glaubt auf Grund seiner Erfahrungen feststellen zu können, daß die akuten Formen, speziell auch die Kinderleukämien, durch die Bestrahlung am wenigsten beeinflußt werden. Doch gehen Drüsengeschwülste und der Milztumor in der Regel zurück, so daß wir immerhin imstande sind, manche Beschwerden zu lindern. Bei den mehr chronisch verlaufenden Fällen ist der Wert der Röntgenbehandlung allgemein anerkannt. *i. m.*

Sechzehnte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft.

(Fortsetzung.)

In der Diskussion betont Wittmaak, Greifswald, die weit größere Häufigkeit der Mastoiditiden bei Mukosusinfektionen und die Neigung dieses Entzündungserregers,



Extraduralabszesse u. dgl. zu produzieren, auch wenn in der Paukenhöhle die Entzündung relativ leicht abläuft, hält deshalb seinen Nachweis für klinisch sehr wichtig. Rotfärbung der Kapseln mit Thionin ermöglicht oft schon ohne Kulturverfahren die Unterscheidung des Str. mocosus vom Lanceolatus und pyogenes.

Hermann Dennert, Berlin: Akustisch-physiologische Untersuchungen, das Gehörorgan betreffend.

Obgleich sich experimentell zeigen läßt, daß der Schall auf allen drei in Frage kommenden Wegen, dem Paukenhöhlenapparat, dem Knochen, speziell dem Promontorium, auch dem runden Fenster ins Labyrinth gelangt, so ist physikalisch der Paukenhöhlenapparat am zweckmäßigsten für diese Aufgabe von der Natur entwickelt, und kommt ihm auch der Hauptanteil für die Schallübertragung zu. In bezug auf den Modus der Schallübertragung durch denselben stehen sich zwei Theorien gegenüber, die molekuläre von Joh. Müller und den vergleichenden Anatomen und die massale von Ed. Weber. Die Schallübertragung auf molekulärem Wege macht nach den vom Verfasser mitgeteilten Untersuchungen, sobald man Resonatoren im Ohr voraussetzt, keine physikalischen Schwierigkeiten, da die Vibrationen schwingender Körper oder Systeme sich vom Orte ihrer Entstehung mehr oder weniger durch jedes Medium fortpflanzen, und, wo sie auf ihrem Wege auf einen Körper gleicher Schwingungsperiode mit dem Erreger der Schwingungen stoßen, diesen in demselben Sinne erregen müssen. Die Hauptschwierigkeit liege darin, zu entscheiden, ob der molekuläre Modus der einzig mögliche Weg der Schallübertragung ist, oder ob nicht der massale Vorgang der zweckmäßigere sei. Dann könnten sich auch beide Vorgänge, der molekuläre und der massale miteinander kombinieren. Zur Lösung dieser jedenfalls schwierigsten Aufgabe der ganzen Frage der Schallübertragung wird man sich zuerst klar werden müssen über das Wesen molekulärer und massaler Schwingungsvorgänge, dann müsse man die Wirkungen molekular und massal schwingender Körper und Systeme auf kleine Flüssigkeitsmengen, so klein, wie sie den flüssigen Inhalt des Labyrinths bilden, studieren, und drittens wird es sich darum handeln, diese Wirkungen auf kleine Flüssigkeiten zu deuten und für die in Rede stehende Frage zu verwerten. Es ist dem Vortragenden nun als sehr wichtiges Ergebnis der Untersuchungen durch Beobachtung der Wirkungen massal schwingender Körper und Systeme auf kleine Flüssigkeitsmengen gelungen, ein wohlcharakteristisches Reagens für solche Schwingungsvorgänge zu finden, daß je nach der Wahl schwingender Körper oder Systeme und je nach der Bewegungsgröße und der Intensität der Schwingungen derselben ein verschiedenes Verhalten zeigt. Durch Verwertung dieser Momente und der objektiven experimentellen Wahrnehmungen der Wirkungen der Schwingungsvorgänge im Tropfen Flüssigkeit auf Resonatoren, wie die kritische Beleuchtung der Einrichtungen im Gehörorgan für diese Frage und der einschlägigen Beobachtungen an Ohrenkranken, kommt er zu dem Schluß, daß die massalen Wirkungen der Schallbewegungen in bezug auf den Hörakt akzidentelle Erscheinungen sind, die, wenn sie von großer Intensität sind, auf das Ohr schädlich wirken, bei mäßiger Intensität, wie sie gewöhnlich unser Ohr treffen, durch Einrichtungen im Ohr eliminiert werden. Es muß somit die Theorie von Ed. Weber, wonach der Vorgang der Schallübertragung ein massaler sei, als nicht zu Recht bestehend angesehen werden; dagegen sprechen alle Momente dafür, daß der normale Vorgang beim Hören ein molekulärer ist.

Karl L. Schaefer, Berlin: Über neuere Untersuchungen zugunsten der Helmholtzschen Resonanzhypothese.

Die Helmholtzsche Resonanzhypothese ist in den letzten Dezennien namentlich auf dem Gebiete der sekundären Klangerscheinungen vielfach lebhaft angegriffen worden. Vortragender setzt für die verschiedenen Arten der sekundären Klangerscheinungen, d. h. für die Schwebungen, die Kombinationstöne, die Variationstöne und die Unterbrechungstöne, im einzelnen auseinander, von wem und welche Einwände gegen Helmholtz erhoben wurden und erörtert Punkt für Punkt die Gründe sowie die Beobachtungen, die zur Entkräftung dieser Einwände ins Feld zu führen sind. Redner selbst hat, zumeist im Verein mit O. Abraham, eine Reihe von Untersuchungen verschiedener Art über diesen Gegenstand ausgeführt und kommt zu dem Resultate, daß die Resonanzhypothese allen erwähnten Anfechtungen Stand hält.

Wagener, Berlin: Kristalle und Riesenzellenbildung bei Mittelohreiterungen.

Bei der Ausheilung von Warzenfortsatzeiterungen, die ohne Operation zur Resorption gelangen, kommt es häufig zur Bildung von Cholestearinkristallen im eingedickten Eiter. Um diese ordnet sich das Bindegewebe in bestimmter Form an, häufig unter Bildung von Riesenzellen. Es ist dies ein typischer Heilungsvorgang von sogenannten Warzenfortsatzempyemen.

Manasse, Straßburg: Demonstration eines Falles von angeborenem Defekt der Ohrmuschel.

Es handelt sich um die seltene Mißbildung von totaler angeborener linksseitiger Anotie; dabei bestand kongenitale beiderseitige Taubheit. Genauere Untersuchung steht noch aus.

Röpke, Solingen: Über die Osteomyelitis des Stirnbeines im Anschluß an Stirnhöhleneiterung und über ihre intrakraniellen Folgeerkrankungen.

Die Osteomyelitis des Stirnbeines im Anschlusse an Stirnhöhleneiterung ist eine seltene Erkrankung, bis jetzt sind nur 13 Fälle in der Literatur beschrieben worden. Vortragender berichtet über weitere 3 Fälle, welche er beobachtet hat: In dem ersten Falle (eine 23jährige Dame) wurde der Osteomyelitisherd durch Abmeißelung der erkrankten Partie des Stirnbeines, begrenzt. Patientin starb an Abszeß des Stirnlappens, der leider erst im Terminalstadium (nach Durchbruch in den Seitenventrikel?) operativ eröffnet worden war. Der Hirnabszeß hatte sich vor Operation des durch Eiterretention in der Stirnhöhle entstandenen Knochenprozesses entwickelt. Der zweite Fall betraf einen ebenfalls 23 Jahre alten Studenten; die Infektion der abnorm dicken Diploëschicht der vorderen Stirnhöhlenwand war bei dem luetischen Patienten fünf Wochen nach Abtragung der vorderen Wand der Stirnhöhle erfolgt. Breite Abmeißelung des erkrankten Stirnbeines auf der linken Seite bis an den Haaransatz (2 Operationen). Tod an Durchbruch eines rechtsseitigen Stirnlappenabszesses in die Meningen und in den Seitenventrikel. Der Abszeß war operativ eröffnet worden, als er sich durch Parese des linken Fazialis und der linken Extremitäten angedeutet hatte. Der Abszeß hatte eine dicke Abszeßmembran, und seine Entstehung war nicht mit dem auch in diesem Falle durch die Operation abgegrenzten Osteomyelitisherd in Zusammenhang zu bringen. In dem dritten Falle (26jähriger Gelbgießer) war der Verlauf günstig. Die Osteomyelitis beschränkte sich auf die beiderseitige, eine dicke Diploëschicht enthaltenden, vorderen Stirnhöhlenwände.

Brieger, Breslau: Zur Pathologie der otogenen Pyämie.

Wandständige Thrombosen werden zur Erklärung derjenigen Fälle herangezogen, in denen in Sinus und Bulbus ausgedehntere, sogenannte obturierende Thrombosen vermißt werden. Sie dürfen aber, selbst dann, wenn ihr Vorhandensein einwandsfrei nachgewiesen ist, nicht ohne weiteres für Entstehung und Fortdauer der Allgemeininfektion verantwortlich gemacht werden. Klinische Befunde sind nur dann beweisend, wenn die Anwesenheit eines Thrombus nicht aus immer unsicheren Eindrücken geschlossen, sondern in dem nach Meier-Whiting abgeklemmten Sinus direkt nachgewiesen wird. Anatomische Befunde sind einwandsfrei nur dann, wenn ein Thrombus von solcher Beschaffenheit gefunden wird, daß man annehmen kann, er habe nicht nur den Eintritt der Bakterien in die Blutbahn vermittelt, sondern auch die pyämische Allgemeininfektion weiter unterhalten. Man begegnet aber auch in Fällen ganz florider metastasierender Pyämie Thromben in so vorgeschrittener Organisation.



daß sie das zum Fortbestand der Allgemeininfektion nötige Infektionsmaterial schwerlich liefern könnten. In diesen Fällen muß mit direkter, d. h. nicht durch Thromben vermittelter, Einfuhr der Erreger in die Blutbahn gerechnet werden. Für diese Vorstellung sprechen auch die Bakterienbefunde im Blut. Man hat, wenn man die Ergebnisse dieser Untersuchungen bei Pyämie nach akuten und chronischen Mittelohreiterungen vergleicht, mit der für die Erklärung des klinischen Bildes der sogenannten Osteophlebitispyämie wesentlichen Möglichkeit zu rechnen, daß bei ersteren Formen nicht aus dem Thrombus immer wieder frisch eingeschwemmte Erreger, sondern in der Blutbahn kreisende, vielleicht in dieser sich vervielfältigende Erreger die Hauptrolle spielen. Bei der Therapie ist die Möglichkeit zu berücksichtigen, daß bei der Pyämie nach akuten Eiterungen Sinusthrombose ganz fehlen oder, wenn sie zunächst bestand, für den Fortbestand der pyämischen Erscheinungen, insbesondere die Metastasenbildung, nicht diejenige ausschließliche Bedeutung besitzt, die dazu berechtigte, solche Fälle immer, auch ohne besondere Indikation, am Sinus anzugreifen.

H. Neumann, Wien: Ein Instrument zu Eröffnung des Bulbus venae jugularis.

N. führt einen mit einer Giglisäge armierten Nelatonkatheter nach Eröffnung der V. jugularis bis in den freigelegten Sinus durch oder umgekehrt, sägt dann die äußere Knochenspange des For. jugulare von innen nach außen durch.

(Fortsetzung folgt.)

V. Literatur.

Die sexuelle Neurasthenie und ihre Beziehung zu den Krankheiten der Geschlechtsorgane. Von weil. Prof. Dr. Nicolo Barrucco. Autorisierte und mit Änderungen versehene Übersetzung aus dem Italienischen von Dr. Ralf Wichmann. Zweite verbesserte Auflage. Berlin W. 30. Verlag von Otto Salle, 1907.

Das vorliegende Werk hat in Italien drei, in Deutschland zwei Auflagen erlebt und zwar in einem relativ kurzen Zeitraume. Diese Tatsache erleichtert der Kritik ihre Aufgabe, die diesmal insofern eine besonders leichte ist, als an dem Buche viel zu loben und wenig zu tadeln ist. Der Gegenstand ist mit außerordentlicher Klarheit und prägnanter Ausdrucksform erschöpfend abgehandelt, insbesondere der therapeutische Teil desselben. Einzelne Kapitel in der Pathologie sind speziellen originellen Methoden des Verfassers, so insbesondere der thermoskopischen Untersuchung der Harnröhre und des Mastdarmes gewidmet, Methoden, die bei uns, in Deutschland und in Österreich gewiß nicht geübt werden. Dagegen hätten die Krankengeschichten, die den Hauptteil des Kapitels Symptomatologie bilden, füglich weggelassen werden können, da der Anfänger nichts daraus erlernt, der Fachmann nichts zulernt und lieber durch eine übersichtliche, systematische Anordnung dieses Stoffes ersetzt werden können. Sonst ist das Buch vorzüglich und wird von niemand unbefriedigt aus der Hand gelegt werden. R. G.

Herders Konversations-Lexikon. Dritte Auflage. Reich illustriert durch Textabbildungen, Tafeln und Karten. 8 Bände geb. in Halbfranz zu Mk. 100 = K 120. Freiburg i. Br., Herdersche Verlagshandlung.

Schon vor Jahrzehnten legte der Umfang der großen Konversations-Lexika, die Ausführlichkeit vieler ihrer Artikel wie auch ihr Anschaffungspreis es nahe, Nachschlagbücher gleicher Art, aber auf die Handlichkeit weniger Bände beschränkt und zu einem leicht erschwinglichen Preise unter die auskunftsbedürftige Menge zu bringen. Die Fassung der einzelnen Artikel fiel dann aber zwangsweise sehr verkürzt aus; auch mußte manches überhaupt ausgeschieden werden, was z. B. bloß für engere Kreise von Belang war. So bildete sich mit der Zeit das Bedürfnis nach einem Nachschlagewerk heraus, bei dem sich mittlerer Umfang und nicht zu hoher Anschaffungspreis mit stofflicher Vollständigkeit nicht nur der Zahl der Artikel nach, sondern auch mit Bezug auf deren Ausführung im einzelnen vereinigten. Diesem Bedürfnis kommt Herders Konversations-Lexikon mit seinen acht Bänden entgegen. Mit der vornehmen Gediegenheit der äußeren Hülle stehen zunächst die übrigen, bei flüchtigem Überblick in die Augen fallenden äußeren Vorzüge dieses Werkes in Einklang, an erster Stelle der Druck, der auf dem gemäß der Bedeutung und Bestimmung des Unternehmens angemessen gewählten Papier zu einer dem Auge angenehmen Geltung kommt. Dazu gesellen sich Kartenbeilagen, Abbildungen von Kunstwerken, technischen, naturwissenschaftlichen usw. Gegenständen, alle in schärfster, sauberster Ausführung und von einer nur immer wünschenswerten Reichhaltigkeit, teils in Volltafeln, teils in den Text eingereiht. Der Besitzer des ganzen Werkes kann einen geographischen, technischen, naturwissenschaftlichen, Kunst- usw. Atlas sein eigen nennen, der es für ihn im allgemeinen überflüssig macht, nach anderen einschlägigen Hilfsmitteln zu greifen. Die Beilagen im ersten Bande über ägyptische Kunst, altchristliche Kunst, Baukunst und Bildnerei des 19. Jahrhunderts usw. zeigen das Werk auf der Höhe der Zeit, nicht weniger die Karten und Pläne von Afrika, Australien, der Balkan-Halbinsel, Belgien und Holland, sowie der Reichshauptstadt Berlin. Zu diesen Beilagen gesellt sich vielfach noch ein ausführlicher erklärender Text, der ergänzend zu den Ausführungen bei dem betreffenden Stichwort hinzutritt. Außer den 11 Bildertafeln und 8 Karten, die teils in Farbendruck ausgeführt sind, weist der erste Band nicht weniger als rund 400 erläuternde Abbildungen im Texte auf, nicht ohne Wahl, sondern gemäß sorgfältig überlegender Vorbereitung des Ganzen. Und in der Tat, eine Prüfung des Textes gibt zu erkennen, daß ein bis in das kleinste ausgearbeiteter Arbeitsplan zugrunde gelegt worden ist. Man erkennt diesen Plan auf jeder Seite in der gleichmäßig sicheren, konsequenten Verteilung des Stoffes, bei der jedem das Stichwort gegeben ist, was ihm nach Verhältnis zukommt. Zur klaren, knappen, aber alles Wesentliche berücksichtigenden Darstellung gesellt sich ein leicht durchsichtiges System von Abkürzungen, welche so wenig wie die Knappheit der Darstellung die Lesbarkeit beeinträchtigen; es muß im Gegenteil festgestellt werden, daß Herders Konversations-Lexikon nicht nur dem Augenblicksbedürfnis nach Aufklärung über diese oder jene Frage dient, sondern daß es durch seinen anregenden Charakter fesselt und zur vertiefenden Lektüre reizt. Den neueren Bestrebungen auf dem sprachlichen Gebiete wird das Werk gerecht durch möglichste Vermeidung der Fremdwörter. Hand in Hand mit dieser geht die Gemeinverständlichkeit der Darstellung im Texte überhaupt; eine einfache, doch recht wertvolle Bereicherung ist die Anwendung von Betonung, Aussprache und Geschlecht der Wörter. Finden die Einzelzweige des Wissens ihre vollgebührende Berücksichtigung, so kommen, den neuzeitlichen Anforderungen gemäß, die Fragen des Realwissens insbesondere zu ihrem Recht. Auf jedem Gebiete aber spiegelt sich in der Darstellung der jüngste Stand der Forschung und Erkenntnis; hiefür geben auch die Literaturnachweise an den geeigneten Stellen Zeugnis. Man wird überdies manche unerwartete, unter dem zeitgeschichtlichen Gesichtspunkte dem Zeitungsleser aber durchaus erwünschte und anderwärts häufig umsonst gesuchte Auskunft finden; nicht weniger willkommen sind die aufgenommenen Zitate, Fremdwörter und Fachbezeichnungen. Bei der Auswahl derselben hatten die Interessen der Gegenwart naturgemäß ebenso den Vorrang wie diejenigen des deutschen Lesers. Alles in allem findet gelehrt und ungelehrt in Herders Konversations-Lexikon auf die tausenderlei Fragen, die an ein solches Nachschlagewerk gestellt werden, schnelle, klare und ausführliche Antwort.

VI. Aus der Praxis.

Über Pyrenol. Von Dr. F. Walther, Leipzig. (Therap. Neuheiten Nr. 3, Leipzig 1906.)

In knapper, gut übersichtlicher Form gibt Walther eine Gesamtübersicht der bisher mit Pyrenol erzielten thera-

peutischen Resultate. Die Wirkung des Pyrenols ist im wesentlichen expektorierend, sedativ, antipyretisch und antirheumatisch. Auf Blutdruck und Puls übt es nicht wie fast alle Salizylpräparate einen ungünstigen Einfluß aus, sondern erweist sich im Gegenteil tonisierend und exzitierend. Magen und Darm leiden auch bei längerem Gebrauch in keiner Weise, der Appetit bessert sich. Überhaupt fehlen nach dem übereinstimmenden Urteil sämtlicher Autoren irgendwelche schädliche Nebenwirkungen vollständig. Am eklatantesten ist die günstige Wirkung beim Asthma. Hier ruft es erhebliche Erleichterungen, öfters sogar der Atemnot, hervor. Die Absonderung wird vermindert, die Anfälle abgeschwächt, oft kupiert. Bei Pertussis wird es gleichfalls mit großem Nutzen angewendet. Pyrenol verringert die Zahl der Anfälle, nimmt ihnen ihren krampfartigen Charakter und kürzt im allgemeinen die Krankheitsdauer ab. Sehr günstig sind die Erfolge bei Influenza, krupöser, katarrhalischer und Influenzapneumonie, bei akuten Bronchitiden und beim Typhus abdominalis. Hier spielt neben der expektorierenden und schmerzstillenden auch die antipyretische Wirkung eine bedeutende Rolle. Der Gehalt an Salizylsäure und deren chemische Bindung zu einem leicht löslichen Salze endlich macht das Präparat zur Behandlung von Gelenks- und Muskelrheumatismus, von Gicht und in größeren Dosen auch gegen Neuralgien gut geeignet. Es sind besonders bei Muskelrheumatismus und Gicht vorzügliche Resultate erzielt worden. Das Anwendungsgebiet ist auch schon aus dem Grunde ein ausgedehntes geworden, weil es auch bei wochenlanger Verabreichung in der vollen Dosis die Herztätigkeit nicht beeinträchtigt und deshalb auch bei Herzkranken und bei Arteriosklerose unbedenklich gegeben werden kann. Zum Schlusse erwähnt Walther noch, daß Pyrenol auch bei Herzneurosen und bei durch Herzleiden verursachten Störungen von guter Wirkung ist. Man verordnet Pyrenol entweder als Pulver oder in Lösung oder auch in Form von Tabletten, die in der Fabrik (Chemisches Institut Dr. Horowitz, Berlin Nr. 24) hergestellt werden. Die durchschnittliche Dosis für Erwachsene beträgt dreimal täglich 0·5—1·0. Bei Pneumonien und beim Typhus abdominalis bewährte sich die dreistündige Verabreichung von 0·5, für größere Kinder die Hälfte, für Säuglinge ein Viertel davon, wobei zu beachten ist, daß Pyrenol nicht in warmen Lösungen genommen werden darf, sondern in kaltem Tee, Kaffee, Milch, Wasser mit Syr. Rub. Idaei (besonders für Kinder) oder in Pfefferminztee.

VII. Notizen.

Über Gratiskonsultationen wird der „Frankfurter Zeitung“ geschrieben: Zu einem bekannten Pariser Arzt kam einer seiner zahlreichen Hausfreunde und erfreute sich, wie schon oft, der vielgerühmten Gastlichkeit des Hausherrn und seiner Familie. Kurz vor dem Weggehen erinnert er sich, wie zufällig, einer kleinen Verletzung an seiner Hand und fragt den Freund, der ihm die Hand zum Abschied reicht, zwischen Tür und Angel nach einem geeigneten Hilfsmittel. Doch, als hätte er die Möglichkeit eines Honoraranspruchs geahnt, fügt er lächelnd hinzu:

„Ich frage Sie nicht als meinen Arzt, sondern als meinen lieben Freund.“

„Als Freund“, antwortete der Gefragte, die Vorsicht des als geizig bekannten Fragers durchschauend, „kann ich Ihnen nur raten, einen Arzt zu konsultieren!“

Zu demselben Thema wird dem genannten Blatte von anderer Seite geschrieben: Dem seligen Herrn Meyer hätte eine Überraschung durch eine ärztliche Liquidation für „freundschaftliche“ Konsultationen nicht begegnen können; denn er war vorsichtiger. Dr. R. hatte ihm einen Arm amputiert und ihn einen ganzen Winter hindurch behandelt. Endlich stellte der Arzt seine Besuche ein und Herrn Meyer, der nicht in glänzenden Verhältnissen war, graute es schon vor der zu erwartenden Rechnung. Da saß er an einem warmen Maitage vor seiner Haustür und badete sich in den hellen Sonnenstrahlen. Auf der anderen Seite der Straße ging ich mit Dr. R. vorbei. Dieser freute sich immer herzlich, wenn ihm eine chirurgische Operation gelungen war und er den Patienten wieder auf dem Wege der Besserung sah. Er eilte sofort über die Straße.

„Na, Herr Meyer, wie geht's Ihnen?

Aber Herr Meyer antwortete nicht gleich. Er kratzte sich verlegen hinterm Ohr, dann beugte er den Kopf auf die linke Schulter und äugte den Arzt mit halb zugekniffenen Lidern mißtrauisch an.

„Herr Doktor, kost's was, wenn ich antwort'?“

„Nein, Herr Meyer, es kostet nichts“, sagte der lachend.

„Na, dann dank' ich Ihnen für die Nachfrage, es geht mir gut,“ antwortete Herr Meyer vergnügt.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“
oder der
„Medicinischen Blätter“
herausgegeben von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/₁, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 33. Wien, 17. August 1907. **Nr. 33.**

INHALT:

Nachdruck und Übersetzungsrecht der Artikel vorbehalten.
Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Über Resorption und Ausheilung von entzündlichen Infiltraten in den samenleitenden Organen.

Von **Dr. Ernst R. W. Frank,** Berlin.

In der weitaus größten Mehrzahl der Fälle werden Azoospermie und Asthenozoospermie veranlaßt durch entzündliche, auf Infektion beruhende Erkrankungen der samenleitenden Organe. Daß die genannten krankhaften Zustände durchaus nicht als seltene pathologische Erscheinungen aufzufassen sind, dürfte schon aus dem Umstande hervorgehen, daß man dieselben in etwa 25 bis 30 Proz. der Fälle an Leichen feststellen kann.

	Leichen	Azoospermie	Asthenozoospermie	Spermatozoen
Busch	100	27	39	34
Casper	33	11	13	9
Cordes	57	31	—	26
Fürbringer	41	10	17	14
Lehrich	38	10	7	21
Simmonds	1000	125	—	—

Außerdem sind noch die von Levin und Schlemmer erbrachten gleichlautenden Untersuchungsresultate zu berücksichtigen.

Bekanntlich verdanken wir Kehrer den ersten Hinweis auf die ausschlaggebende Bedeutung jener pathologischen Zustände, zu welchen sich in selteneren Fällen der Aspermatismus gesellt, für die Sterilität in der Ehe. Er fand in 96 sterilen Ehen 29mal Azoospermie als Ursache, also in 30%. Lier und Ascher untersuchten in der Prochownickschen Klinik 132 sterile Ehen und fanden in 42 Fällen = 31·8% Azoospermie. In 1000 Fällen steriler Ehen fand Fürbringer 800mal Azoospermie beziehungsweise bedenkliche Oligozoospermie. Chrobak schreibt 34% der Sterilität dem Manne zu, Olshausen 50%, Rosthorn 40%, Schuwarski 40·8%, Vedeler 70%. Ähnliche Resultate berichten Giacomini, Godard, Gosselin und Liégois, Gegenüber diesen, durch sorgfältige Untersuchungen gewonnenen Ziffern dürften die Ergebnisse einiger kleiner, gänzlich abweichender Statistiken (Gross, Levy) unberücksichtigt gelassen werden, wie das mit Recht von Fürbringer und Simmonds betont wird. Wiederum verdanken wir Kehrer den überaus wichtigen Hinweis auf den Zusammenhang der Unwegsamkeit der samenleitenden Organe mit der gonorrhoischen Erkrankung, auf welchen 10 Jahre zuvor bereits Liégois hingewiesen hatte. Schon vor 5 Dezennien hatte der französische Anatom Gosselin als erster die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der Azoospermie in ihrer grundlegenden Bedeutung nachgewiesen. Seine Untersuchungen ließen ihn erkennen, daß die Azoospermie in der überwiegenden Zahl der Fälle an Erkrankungen geknüpft ist, welche zu einem Verschluß der samenleitenden Organe führen, und daß diese Veränderungen sich vorzüglich im Schwanz des Nebenhodens finden, wo sie zu Schrumpfungen und Verlegung der Nebenhodengänge, sowie zu hochgradiger Verengerung und Verlötung der Samenleiter führen.

Von der Harnröhre oder der Blase her eingeschleppte Bakterien, in der kleineren Zahl der Fälle Tuberkelbazillen, in der weitaus größten Zahl Gonokokken, entzünden die samenleitenden Organe diesseits und jenseits von den Samenblasen und führen teils durch eitrige Einschmelzung und Zerstörung, teils auch durch Infiltration und Vernarbung einen Verschluß der Samenwege und damit ein mechanisches Abflußhindernis für die vom Hoden produzierten Spermatozoen herbei. Die genauere Untersuchung solcher Fälle, und auch darauf hat schon Gosselin aufmerksam gemacht, hat zu dem überaus wichtigen und physiologisch höchst interessanten Faktum geführt, daß trotz der Obliteration der ausführenden Wege die spezifische Tätigkeit der Drüse, des Hodens, nicht sistiert wird. Simmonds berichtet von einem Falle, in welchem er bei einem 35jährigen Manne, den er 9 Jahre zuvor an doppelseitiger Epididymitis gon. behandelt hatte und der nach siebenjähriger kinderloser Ehe starb, bei der Sektion in beiden Fällen reichlich Spermatozoen fand, obwohl beide Nebenhoden durch derbe Schwielen verlegt und die Samenbläschen absolut frei von Samenfäden waren.

Nach 10 Jahre langem Bestehen der Obliteration des Nebenhodens durch tuberkulöse Knoten fand Bardenheuer den Hoden von normaler Beschaffenheit und angefüllt mit Spermatozoen. In einem anderen Falle fand er bei der Sektion eines Hodens, dessen Nebenhoden vier Jahre zuvor wegen



Tuberkulose reseziert worden war, daß der Hoden in bezug auf seine Größe, Spannung und Konsistenz, sowie seinen Inhalt an Spermatozoen ganz unverändert geblieben war. Ich selbst fand bei der Hodenpunktion eines Azoospermatikers, dessen doppelseitige Nebenhodenentzündung 13 Jahre zurücklag und welcher seit 10 Jahren in steriler Ehe lebte, reichlich Spermatozoen. Die durch die klinische Beobachtung und bei Sektionen gewonnenen Erfahrungen stimmen durchaus überein mit den Beobachtungen am Tier nach experimenteller Unterbindung der Samenleiter. Es sind solche Versuche von Bardenheuer, Kehrer und Simmonds angestellt worden mit dem übereinstimmenden Ergebnis, daß trotz der Unterbindungen und Resektionen der Samenleiter der Hoden noch lange Zeit intakt bleibt und Spermatozoen enthält. Die Tiere zeigen die gleiche geschlechtliche Aufregung, und führen den Koitus ebenso aus, wie alle anderen. Hunde zeigten nach doppelseitiger Resektion der Nebenhoden sich ebenso darüber orientiert, wo in der Nachbarschaft eine Hündin brünstig war, wie nicht operierte. In zweien solcher Fälle nahm Bardenheuer längere Zeit nachher auch die Hoden fort und es trat nun ein rasches Sinken des Geschlechtstriebes ein. Bemerkenswert ist der von Brissaud beobachtete Unterschied in der Reaktion auf die Unterbindung des Samenleiters, je nachdem die Tiere von dem weiblichen getrennt blieben oder mit diesem verkehrten. Im ersteren Falle bewahrten die Spermatozoen im Hoden und Nebenhoden ihre normale Beschaffenheit, die weitere Sekretion unterblieb; im letzteren Falle kam es zu einer mächtigen Erweiterung der Nebenhodenkanäle, bunten Zellmetamorphosen und interstitiellen Prozessen, während die Spermaproduktion zunächst beschleunigt und vermehrt wurde und schließlich der Hoden dasselbe Aussehen wie vor der Brunst gewann.

Die doppelseitige Entzündung der Samenausführungsgänge führt also durchweg, obwohl die Potenz vollkommen erhalten bleibt, obwohl die Ejakulation ein makroskopisch anscheinend gesundes Ejakulat in normaler Menge liefert, zur Sterilität. Die geschilderten pathologischen Veränderungen führen keinerlei Störungen des Allgemeinbefindens herbei, auch die Geschlechtsempfindung erleidet keine Störung. Keine Empfindungen irgend welcher Art lenken die Aufmerksamkeit des Patienten auf den Sitz der Erkrankung, so daß er meist nicht die leiseste Ahnung von seinem Zustande hat. Wenn also die auffallende Tatsache besteht, daß bei der Verlegung der samenableitenden Wege der Hoden seine samenbereitende Tätigkeit nicht einstellt, so wird diese Tatsache gleichzeitig eine Erklärung dafür bieten, daß das Geschlechtsleben solcher Personen keinerlei Störungen erleidet. Schon Gosselin wies darauf hin, daß die in dem abgeschlossenen Hoden erzeugten Spermatozoen in kurzer Zeit zerfallen und resorbiert werden. Die Resorption dieser Zerfallsprodukte führt dem Organismus zur Erhaltung seiner Vitalität wichtige Stoffe zu; nur diese, auch nach dem Verschluß der Samenwege fortbestehende Erzeugung und Aufsaugung der Samenfäden ermögliche es, daß das Allgemeinbefinden und ganz besonders die Potenz solcher Patienten jahrelang ungestört erhalten bleibe und daß es zu allen jenen Erscheinungen nicht kommt, welche an den Verlust beider Hoden sich anschließen. Diese, auch von Fürbringer, Posner u. a. gemachten Erfahrungen habe ich in einer großen Zahl von Fällen bestätigt gefunden. Von dieser Voraussetzung gingen auch Brown-Séquard und v. Poehl bei ihren therapeutischen Bestrebungen aus, deren Ergebnis allerdings als ein durchaus negatives zu bezeichnen ist. Den exakten Beweis für die Annahme Gosselins haben die hochinteressanten experimentellen Arbeiten von M. Nußbaum ergeben, welchem es gelungen ist, den Einfluß des Hodensekretes auf die Entwickelung der Brunstorgane des Landfrosches dadurch zu erweisen, daß er durch Kastration kurz vor der Brunst das charakteristische Auftreten der sekundären Geschlechtscharaktere (auf muskulärer Hypertrophie beruhenden Zunahme der Umklammerungsorgane) inhibieren konnte. Brachte er aber unter die Rückenhaut der kastrierten Tiere einen exstirpierten Hoden, so traten unter gleichzeitigem Zerfall desselben die genannten Brunsterscheinungen in charakteristischer Weise auf.

Die häufigste Ursache der Azoospermie ist also die Verlegung der Samenleiter und diese ist in der überwiegend großen Mehrzahl der Fälle die Folge einer gonorrhoischen Erkrankung. Gerade durch diese Erkenntnis ist die tiefgreifende Bedeutung und der Ernst der nur zu lange und auch heute noch allzusehr als harmlos angesehenen Tripperkrankheit richtig erkannt und gewürdigt worden. Ganz besonders haben Fürbringer und nach ihm Finger auf die große Wichtigkeit dieser Beziehungen hingewiesen und durch ihre bedeutsamen pathologisch-anatomischen Untersuchungen, ebenso wie Simmonds, unsere Kenntnis von den zum Verschluß der Samenwege und dadurch zur Impotentia generandi führenden Vorgängen vertieft und erweitert.

Bei 80 Azoospermikern fanden Lier und Ascher 75mal als Ursache Gonorrhoe. Kehrer fand, wie schon erwähnt, in 96 sterilen Ehen in 30% der Fälle Azoospermie und $^2/_3$ derselben auf gonorrhoischer Basis entstanden. Unter 40 Fällen war 29mal doppelseitige Nebenhodenentzündung vorhanden gewesen. Überhaupt beruht die Obliteration der Samenwege mit wenigen Ausnahmen auf gonorrhoischer Nebenhoden- und Samenstrangentzündung, welchen noch die Obliteration der Ductus ejaculatorii hinzuzufügen ist. Ich pflichte Fürbringer durchaus bei, wenn er gegenüber der unbegreiflich harmlosen Auffassung von H. Zeissl die genannten Folgezustände des Trippers als „höchst lugubres Ereignis“ ansieht. Auch entspricht es durchaus dem Stand der bisherigen Therapie, wenn Fürbringer dem Träger einer doppelseitigen gonorrhoischen Nebenhoden- oder Samenstrangentzündung die Prognose stellt, mit einer Wahrscheinlichkeit von 9:1 Azoospermist zu werden. Exakte Angaben über die Häufigkeit der Nebenhodenentzündung beim Tripper sind schwer aus der Literatur zusammenzustellen. Finger fand unter 3136 Fällen von Gonorrhoe 211mal doppelseitige Nebenhodenentzündung. Neisser fand sie in 8·9 bis 16·11% der Fälle. Eine Zusammenstellung der in der Literatur mitgeteilten Daten ergibt 302 Fälle von Azoospermie bei 344 Fällen von doppelseitiger Nebenhodenentzündung.

	Epididymitis duplex	Azoospermie
Bergh	5	5
Godard	38	34
Gosselin	25	20
Kehrer	40	29
Liégois	83	75
Lier und Ascher	75	75
Neisser	8	7
Nöggerath	14	7
Posner und Cohn	35	29
Simmonds	12	12
Terillon	9	9

Bei seinen schon erwähnten Untersuchungen an 1000 männlichen Leichen fand Simmonds 33 Fälle von Azoospermie infolge von interstitieller Orchitis, abgelaufener Epididymitis oder Strikturen des Vas deferens. Es waren mithin 30% aller Untersuchten steril gewesen infolge überstandener Geschlechtskrankheiten, darunter 22 durch Tripper verursacht. Indem nun Simmonds auf Grund der allgemeinen Statistik annimmt, daß unter 100 Ehen 10 steril sind, kommt er zu dem Ergebnis, daß die von ihm sezierten 1000 Männer, falls sie alle verheiratet gewesen wären, 100 sterilen Ehen entsprechen würden, unter diesen aber befanden sich 33 Fälle von Azoospermie, bedingt durch Geschlechtskrankheit. Es deckt sich also der durch anatomische Forschung gefundene Prozentsatz (33%) völlig mit den durch klinische Erfahrungen gewonnenen Zahlen (30 und 32%). Berechtigterweise kommt Simmonds auf Grund beider Beobachtungsreihen zu dem übereinstimmenden Schlusse, daß die Sterilität der Ehe in einem Drittel der Fälle durch Azoospermie infolge von Tripper des Mannes verursacht wird.



Auch bei einseitiger Epididymitis kann Azoospermie auftreten, so z. B., wenn auf der anderen Seite eine Samenstrangentzündung ohne Beteiligung des Nebenhodens komplizierend hinzutritt. Daß solche Samenstrangentzündungen ohne Befallensein des Nebenhodens vorkommen, beweisen die Beobachtungen von Bell, Gosselin, Bergh, Darvaris, Kohn, Neumann, Mauriac, zu welchen ich eine Reihe eigener Beobachtungen hinzufügen kann. Mibelli berichtet sogar über einen Fall von doppelseitiger Funiculitis ohne Beteiligung der Nebenhoden. Benzler fand in 87 Ehen von Soldaten, die früher an einseitiger Epididymitis im Lazarett behandelt worden waren, 16mal absolute Sterilität, d. h. in 18·39%. Nicht zu unterschätzen ist die Bedeutung der gonorrhoischen Erkrankungen der Vorsteherdrüse für das Zustandekommen einer Azoospermie. Daß stark eiterige Beimischungen zum Sekret der Prostata und der Samenblasen das Leben der Spermatozoen schwer schädigen und selbst vernichten können, geht aus den Beobachtungen von Beigel, Finger, Fürbringer, Heitzmann, Ultzmann, mit welchen meine eigenen Beobachtungen übereinstimmen, hervor. Hieher gehört der von Finger aufgestellte Begriff der Nekrospermie, ferner die von Fürbringer und Ultzmann beschriebene Form der Oligozoospermie; da letztere fast stets vergesellschaftet ist mit geringer Lebensdauer der Spermatozoen, so wird man sich am richtigsten der von Sinéty aufgestellten Bezeichnung Asthenozoospermie bedienen. Rapin und Guelliot haben mit gutem Grund darauf hingewiesen, daß als ätiologisches Moment für diese Formen ganz besonders stark eitrige Samenblasenkatarrhe in Betracht kommen, weil hier die Spermatozoen in längerdauernden und intensiven Kontakt mit dem Eiter und den diesen veranlassenden Bakterien kommen.

Die Azoospermie kann einmal durch Unwegsamkeit des Samenleiters, zweitens durch Schwielenbildung im Nebenhoden und drittens durch Obliterationen und Deviationen der Ductus ejaculatorii bedingt sein. Palpatorisch findet man die Schwielenbildung im Nebenhoden am häufigsten im Schwanz, seltener im Mittelstück und äußerst selten im Kopf desselben. Simmonds fand bei den 1000 von ihm sezierten Männern 60, welche in einem oder beiden Nebenhoden ein Hindernis für die Samenleitung erkennen ließen, und zwar fast immer im Nebenhodenschwanz, nur ein einzigesmal im mittleren Abschnitt. In 49 Fällen waren derbe Schwielen erkennbar, vergesellschaftet mit Verwachsung der Scheidenhautblätter, nur in 11 Fällen konnte das Hindernis erst durch die mikroskopische Untersuchung und die pralle Füllung und Ektasie der peripher gelegenen Kanälchen erkannt werden. Der Hoden war stets intakt. Ähnliche Beobachtungen hat Fürbringer bei den auf seine Veranlassung von Hahn vorgenommenen chirurgischen Revisionen gemacht. Den häufigsten Sitz der Samenleiterstrikturen fand Simmonds im peripheren Drittel des Ganges, seltener im mittleren Abschnitt und nur ausnahmsweise im intraabdominalen Teil. Es fanden sich 14mal solitäre, 15mal multiple Strikturen, 10mal waren beide Samenleiter undurchgängig. Auch Veränderungen der äußersten Schichten, Verdickung der Wandungen und Verwachsungen des Vas deferens mit der Umgebung wurden häufig beobachtet bei gleichzeitigen entzündlichen Residuen am Nebenhoden. Stets fand sich peripher von der Verengerung eine auffallende Erweiterung der Samenwege und ein eigenartiger milchähnlicher, aus fettig degeneriertem Hodensekret und degenerierten Leukozyten bestehender Inhalt.

(Schluß folgt.)

35. Deutscher Ärztetag.

Im Rathause zu Münster i. W. fand die öffentliche Sitzung des heurigen Ärztetages unter Teilnahme von etwa 60 Delegierten statt. Vorsitzender Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Löbker, Bochum, eröffnete die Versammlung, indem er zunächst in warmen Worten der seit dem letzten Ärztetage verstorbenen Mitglieder gedachte, besonders des Geh. Med.-Rats Professor Dr. Krabler, Greifswald, Sanitätsrates Dr. Sendler, Magdeburg, und Exzellenz v. Bergmann. Der Vorsitzende schlägt dann vor, eine Interpellation über das Verhältnis des Ärztetages zur Presse dem neuen Geschäftsausschuß zur weiteren Behandlung zuzuweisen; dieser Vorschlag wird angenommen. Im weiteren Verlauf seiner Eröffnungsrede kommt der Vorsitzende auf die Krankenkassenfrage zu sprechen. Das abgelaufene Jahr habe zwar keine großen Konflikte mit Kassen gezeitigt, aber der Widerstand der Kassen in mittleren und kleineren Orten gegen die berechtigten Forderungen der Ärzteschaft sei keineswegs überall gebrochen. Zwar sei die organisierte Ärzteschaft mit verschwindenden Ausnahmen Siegerin geblieben, doch bedurfte es zuweilen zähester Energie, um einen Gegner niederzuringen, der nicht mit offenem Visier, sondern mit diplomatischer List den Kampf ausfechten wollte. Zu Vertrauensseligkeit sei für die Ärzte daher in absehbarer Zeit kein Raum, sondern man müsse versteckten Angriffen gegenüber ganz besonders auf der Hut sein. Wir sind keine Freunde von unnötigen und aussichtslosen Streitigkeiten, aber ist der Kampf einmal unvermeidlich, so soll und wird er mit scharfen Waffen durchgeführt werden, bis ein ehrenvoller Friede erreicht ist. Dazu ist aber unbedingt eine straffe Organisation der Ärzte erforderlich; nur dort, wo diese gefehlt hat, oder wo sie unzureichend war, sind wir unterlegen. Die Organisation der Ärzte hat zwar erfreuliche Fortschritte gemacht, aber in einzelnen Gegenden und Orten ist man noch weit zurück. Er möchte daher schon jetzt die Kollegen im Reiche auffordern, das bisher Versäumte möglichst bald nachzuholen. Ganz müßig sei es heute, sich über die Frage zu ereifern, ob die Organisation freiwillig oder staatlich sein soll; denn beide schließen sich nicht aus, sondern müssen sich gegenseitig ergänzen. Wir haben stets betont, daß die Königsberger Beschlüsse unabänderlich sind, und wir haben Direktiven dazu hinausgegeben. Dieses steht unverrückbar fest, ein integrierender Bestandteil ist die Forderung der freien Arztwahl, und unser Bund hat in Köln die sämtlichen ihm zugehörigen Vereine verpflichtet, sich jeglicher feindseligen Tätigkeit gegen die freie Arztwahl zu enthalten. Andererseits wurde gewissen Ärztegruppen, die sich auf Grund der lokalen Arbeitsverhältnisse zur Durchführung der freien Arztwahl noch nicht entschließen können, zugesichert, sie nicht zu bedrängen in diesem Punkte, in allen übrigen Wünschen sie aber sogar wirksam zu unterstützen, wenn sie den Kölner Beschluß innehalten. Im kommenden Reichstag sind Gesetzesvorlagen und Anträge zu erwarten, die unsere ganze Wachsamkeit erfordern. Wir konnten bisher eine abwartende Stellung einnehmen, da für uns die Arztfrage längst spruchreif war, die Reichsregierung sich aber in Schweigen hüllte. Am 11. April d. J. lüftete jedoch Graf Posadowsky den Schleier und sprach aus, jede Sozialreform müsse bei der Reform des Krankenversicherungsgesetzes anfangen und müsse besonders auch die Streitfrage der Stellung der Ärzte und der Apotheker zu den Krankenkassen erledigt werden, ferner, daß man zwar auf dem Papier die drei großen Versicherungszweige zusammenlegen könne, daß aber in der Wirklichkeit einer solchen automatischen Behandlung die allergrößten Schwierigkeiten entgegenstehen. Diese Ausführungen entsprechen im wesentlichen durchaus unserem Standpunkt und wir danken für die Zusage, daß in der Novelle auch das Verhältnis der Ärzte zu den Krankenkassen geregelt werden soll. Eine Kritik kann erst einsetzen, wenn uns die Vorschläge der Reichsregierung und die Anträge der Parteien bekannt geworden sind. Aber eins steht unsererseits unabänderlich fest: eine wirkliche Regelung dieser wichtigen öffentlichen Frage kann nur stattfinden auf Grund unserer Königsberger Forderung mit Einschluß der grundsätzlichen Festlegung der freien Ärztewahl. Der deutsche Ärztevereinsbund wird nicht ruhen, bevor das Königsberger Programm in allen wesentlichen Punkten erfüllt ist. Ferner verlangen wir, an den Vorbereitungen der Reform als sachverständige Mitarbeiter beteiligt zu werden. Es muß daher den Berufsgenossen bis in die entlegensten

Ecken unserer Reiches der Ernst der Lage zum Bewußtsein gebracht werden, damit die gesamte deutsche Ärzteschaft wie ein Mann zusammensteht.

Geh.-Rat Aschenborn begrüßt den Ärztetag im Auftrage des preußischen Medizinalministers v. Studt und betont, daß für dieses Ministerium der Punkt 9 der Tagesordnung, Unterweisung und Erziehung der Schuljugend zur Gesundheitspflege, besonders wichtig sei, denn ein gewisses Maß von Verständnis für die Gesundheitspflege sollte der Jugend beigebracht werden, was auch im Kampfe gegen das Kurpfuschertum eine gute Waffe wäre. Allein darüber, was gelehrt werden soll, gehen die Ansichten noch sehr weit auseinander; hoffentlich werden die Verhandlungen des Ärztetages auch zur Klärung beitragen.

Weiter wird die Versammlung begrüßt vom Oberpräsidenten Exzellenz Freihern v. d. Recke im Namen der Provinz Westfalen, vom Rektor der Universität Prof. Pieper im Namen der Hochschule und vom Oberbürgermeister Dr. Jungeblodt im Namen der Stadt. Der Vorsitzende dankt den Ehrengästen und verweist auf das vorzügliche Einvernehmen, das in der Provinz Westfalen zwischen der Ärzteschaft und den Behörden besteht. Nach verschiedenen geschäftlichen Mitteilungen des Sanitätsrates Dr. Heinze erstattete Dr. Pfalz, Düsseldorf, ein sehr eingehendes Referat über den jetzigen

Stand der kassenärztlichen Verhältnisse in Deutschland

und über die zur Abwehr etwaiger Schädigung von Ärzten bei Einführung der freien Arztwahl bewährten Maßnahmen. Nach einer lebhaften Debatte wurden schließlich folgende Anträge des Geschäftsausschusses angenommen: 1. Der 35. deutsche Ärztetag hält unverbrüchlich an den Beschlüssen des Königsberger Ärztetages, welche die Bestellung der Kassenärzte, die Art ihrer Honorierung und die Versicherungsgrenze betreffen, fest und erklärt: Eine befriedigende Lösung der Kassenarztfrage kann nur dann erfolgen, wenn durch das Gesetz bestimmt wird, daß *a*) die Rechte und Pflichten der Kassenärzte einer Krankenkasse durch Vereinbarungen zwischen der Kassenverwaltung und einer dazu befugten ärztlichen Vertretung (Ärztekammer, Vertragskommission, Ärzteausschuß) festgestellt worden und jeder in Deutschland approbierte Arzt zur Kassenpraxis bei jeder Krankenkasse, in deren Geschäftsgebiet er wohnt, zugelassen werden muß, sofern er sich vorher zur Beobachtung dieser Vereinbarung verpflichtet hat; *b*) jedem Kassenmitgliede, das ärztliche Hilfe notwendig hat, die Wahl unter diesen Ärzten frei steht; *c*) paritätische Einigungskommissionen zur Entscheidung von Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und Kassenärzten geschaffen werden.

2. Der Geschäftsausschuß wird ersucht, obigen Beschluß einschließlich des einschlägigen Materials dem Reichskanzler persönlich zu überreichen und dabei die Bitte auszusprechen, daß Vertreter des deutschen Ärztevereinsbundes zur Mitarbeit an den Vorbereitungen der Vorlage über die Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes zugezogen werden. Ein Gegenantrag Reichel, der die Einführung der freien Arztwahl hinsichtlich des Zeitpunktes den lokalen Verbänden überlassen wollte, wurde mit allen gegen acht Stimmen abgelehnt.

Weiter wurde ebenfalls nach längerer Debatte folgender Antrag des Geschäftsausschusses mit einzelnen Zusätzen angenommen: 1. Sowohl zur Vorbereitung der Einführung wie zur Abwehr wirtschaftlicher Nachteile für die beteiligten Ärzte bei der durch freiwilligen Verzicht ermöglichten Einführung der freien Arztwahl empfiehlt sich die Vereinbarung von Entschädigungsgarantien überall, wo ärztliche Organisationen irgend welcher Art als ihre Träger bestehen oder gebildet werden können. 2. Die Garantie hat sich nur auf das Einkommen aus der Behandlung von Krankenkassenmitgliedern in dem der Einführung freier Arztwahl vorhergehenden Jahre zu beziehen, ohne Rücksicht auf zukünftige mögliche Erhöhungen; Voraussetzung ist die gleichartige kassenärztliche Tätigkeit des zu Entschädigenden. 3. Träger der Garantie sind sämtliche an der freien Arztwahl beteiligten Ärzte eines Kassenbezirkes (bisherige und neu zuziehende), aber nur bis zur Höhe ihres kassenärztlichen Einkommens.

Endlich wurde ein Antrag Jagst angenommen: Unter Berücksichtigung der ländlichen Verhältnisse anerkennt der 35. deutsche Ärztetag die Notwendigkeit der obligatorischen staatlichen Krankenversicherung der landwirtschaftlichen Arbeiter und Dienstboten. Dagegen lehnt er die Einbeziehung der selbständigen Landwirte in die obligatorische staatliche Krankenversicherungsgesetzgebung ab.

II. Referate.

Diagnose und Therapie der syphilitischen tertiären Zungensklerose. Von Privatdozent Dr. C. Bruhns.

Wie in anderen Organen, so äußert sich auch an der Zunge die tertiäre Syphilis in zwei Formen. Als typisches Beispiel der tertiär-syphilitischen Zungensklerose beschreibt B. drei Fälle, die er zu beobachten Gelegenheit hatte und deduziert aus diesen Fällen die Entwicklungsstadien der tertiären Zungensklerose: Sie beginnt mit einer Anschwellung und Induration eines Teiles der Zungenmuskulatur; während anfangs die Oberfläche der Zunge noch eben erscheint, wird sie allmählich unter weiterer Ausdehnung des Prozesses höckerig, zwischen den Hervorragungen bilden sich Einziehungen und Furchen aus. Besonders auffallend erscheint oft eine tiefe Furche in der Medianlinie. Meist wird bei dieser Lappung der Zunge das Volumen wieder etwas kleiner werden als es auf der Höhe der Entzündung war, aber in manchen Fällen bleibt doch eine sehr bedeutende Makroglossie bestehen. So weit verläuft der Prozeß noch ganz oder fast schmerzlos für den Patienten, er fühlt nur die Vergrößerung des Volumens der Zunge, die ihm wohl auch beim Sprechen und Essen etwas schwerer beweglich erscheint. Allmählich aber bilden sich Geschwüre auf der Oberfläche aus. Diese können wohl in manchen Fällen einer Kombination mit gummösen Prozessen ihren Ursprung verdanken, meist aber handelt es sich um traumatische, respektive Dekubitalgeschwüre. In den Furchen der Zunge setzen sich leicht Speisereste fest, die in Zersetzung übergehen und so tritt zur mechanischen Läsion die Einwirkung von Fäulnißstoffen. Das Rauchen, scharfe Speisen und Getränke usw. reizen die schlechter ernährte Schleimhaut der Zunge und so ist es auch begreiflich, daß solche Geschwüre, einmal entstanden, schwer spontan zur Heilung gelangen. Jetzt ist die Erkrankung für den Patienten sehr schmerzhaft, besonders alles Saure, Alkohol, Tabakrauch verursachen auf den offenen Stellen erhebliches Brennen, in schlimmeren Fällen macht schon das Schlucken und Sprechen Schmerzen. Bei vorgeschrittener Erkrankung kann also eine derartig veränderte Zunge wohl den Eindruck einer Tumorbildung verursachen.

Fournier trennt nach seinen reichen Erfahrungen die tertiäre Zungensklerose in eine oberflächliche und tiefe Form. Die erstere befällt nur die Schleimhaut in mehr oder minder großer Ausdehnung und bewirkt eine eigentümlich glatte und glänzende Beschaffenheit der ihrer Papillen beraubten Zungenoberfläche, so daß diese „wie gefirnißt“ aussieht. Die erst rötliche Farbe geht allmählich in eine blassere über. Sicher kommen beide Formen, die oberflächliche und die tiefe, oft vereinigt vor.

Differentialdiagnostisch kommt neben der tertiären Zungensklerose durchaus in erster Linie das Karzinom in Betracht, weniger leicht können andere Affektionen zur Verwechslung führen. Der beginnenden Sklerose kann noch am ebesten ein erst in der Entwicklung begriffenes, noch nicht durchgebrochenes Gumma der Zungenmuskulatur gleichen, aber dieses wird sich doch in der Regel weicher anfühlen, ganz besonders wenn die zentrale eitrige Einschmelzung schon einen gewissen Grad angenommen hat. Und bleibt die Unterscheidung doch noch schwierig, so wird der Verlauf bald Aufklärung geben, entweder kommt das Gumma zum Durchbruch oder es bildet sich unter der eingeleiteten Therapie rasch zurück, was bei einer Sklerose



sicher nicht der Fall sein würde. Von einem Primäraffekt der Zunge unterscheidet sich die tertiäre Sklerose durch die Art der Drüsenschwellung. Fournier gibt zwar an, daß bei tertiärer Zungensyphilis sich nie oder fast nie Drüsenschwellungen fänden. Wenn aber auch infolge der vorhandenen traumatischen Geschwüre doch öfters eine Drüsenanschwellung vorhanden sein mag, so erreichen diese Drüsenvergrößerungen sicher nie den Grad, wie bei Primäraffekten der Lippen und Zunge. Die bei ganz gesunden Menschen nicht selten beobachtete gefurchte Zunge, die Lingua plicata, auch Skrotalzunge genannt, kann wegen der weichen Beschaffenheit der Muskulatur sicherlich nicht mit der syphilitischen gelappten Zunge verwechselt werden.

Dagegen ist ja begreiflich, daß bei vorgeschrittenen Fällen durch die Vergrößerung der Zunge, die starke Induration und die häufig vorhandenen Ulzerationen leicht der Gedanke an Karzinom erweckt werden kann, weniger allerdings wird das bei inzipienten Fällen von Zungensklerose zutreffen. Durch ein Moment wird die Differentialdiagnose noch recht erschwert, dadurch nämlich, daß die Diagnose ex juvantibus zum Teil jedenfalls im Stich läßt. Während frische syphilitische Infiltrate durch Jodkali und Quecksilber leicht und innerhalb weniger Wochen zur Resorption kommen, sind die bindegewebigen Schwielen nicht mehr beeinflußbar durch die Behandlung. In frischeren Fällen, in denen auch noch entzündliche Infiltrate vorhanden sind, wird ja wohl die Verkleinerung der Anschwellung etwas bemerkbar werden, aber oft fehlt uns dieses diagnostische Hilfsmittel ganz. Einen gewissen Anhalt geben uns wohl folgende Punkte:

Die Infiltration des Karzinoms läßt sich meist schärfer von dem umgebenden normalen Gewebe abgrenzen, während die syphilitische Infiltration mehr allmählich in die gesunden Teile zu verlaufen pflegt. Die Härte des Krebsknochens ist öfters doch noch derber, als die der syphilitischen Sklerose. Ferner tritt bei Syphilis die Furchung und Lappung mehr zu Tage als bei Krebs, und die Geschwürbildung erkennt man mehr als etwas akzidentelles, sie ist flacher, während bei Karzinom der Tumor geschwürig zerfällt und die Verhärtung gewöhnlich doch tiefer geht. Oder aber, wenn es sich um eine Kombination der Sklerose mit Gumma handelt, so zeigt letzteres eher die tiefen, steil abfallenden Wandungen, nicht aber den aufgeworfenen harten Rand, den man bei Karzinom sieht. Das leichte Bluten des Geschwürgrundes spricht auch eher für Krebs, ebenso die stärkere Schmerzhaftigkeit bei Berührung und Druck auf den Tumor. Bei Lokalisation der Verhärtung vorwiegend auf der unteren Seite der Zunge werden wir eher auf Karzinom zu schließen haben, weil die syphilitische Sklerose gewöhnlich von den Rändern und der Oberfläche der Zunge aus beginnt.

Aber alle die angeführten Unterscheidungsmerkmale sind natürlich nicht sehr exakt, und in zweifelhaften Fällen soll man ja nicht damit zögern, eine Probeexzision eines Partikelchens des Tumors vorzunehmen. Man verliere nicht zu viel Zeit mit einem Versuch, durch den eventuellen Erfolg einer antiluetischen Behandlung die Entscheidung treffen zu wollen, und mit Recht weisen Mikulicz und Kümmel darauf hin, daß nicht allzu selten Lues, besonders die gummöse Erkrankung, und Karzinom kombiniert vorkommen. Man darf sich in solchen Fällen nicht täuschen lassen durch die Besserung der syphilitischen Neubildung durch die eingeleitete medikamentöse Therapie, während dabei der karzinomatöse Prozeß doch weiter schreitet.

Daß das Alter des Patienten ebenfalls nicht immer einen sicheren Anhalt gibt, ist ja bekannt, wissen wir doch, daß auch bei jüngeren Leuten ab und zu typisches Karzinom beobachtet wird. Auf der anderen Seite ist zu berücksichtigen, daß die syphilitische Sklerose der Zunge oft schon recht frühzeitig nach der Infektion mit Lues auftreten kann, es scheint, daß sie häufig 2—3 Jahre oder weniger später post infektionem beginnt, also zu einer Zeit, die wir eigentlich noch zur Sekundärperiode zu rechnen pflegen, und in der wir eine derartige Tumorbildung der Zunge noch nicht erwarten. Freilich wissen wir, daß auch an anderen Organen, speziell auch an der Haut Erscheinungen rein tertiären Charakters nicht so selten schon innerhalb der ersten Jahre nach der Syphilisinfektion sich ausbilden. So geben uns also die zeitlichen Verhältnisse gar keine diagnostische Stütze.

Was nun die Behandlung der tertiären Zungensklerose anlangt, so ist eine recht energische Kur vorzunehmen, besonders dann, wenn die Erkrankung schon weiter vorgeschritten ist. Es empfiehlt sich, bei der tertiären Zungensklerose Jodkali mit Quecksilber kombiniert zu geben, und zwar bei allen etwas vorgeschrittenen Fällen unser bei weitem am intensivsten wirkendes Quecksilberpräbarat, das Calomel in Form von Injektionen anzuwenden. Auch das Jod gebe man nicht in zu geringer Dosis.

Weiter kommt es besonders darauf an, die traumatischen, für den Patienten so schmerzhaften Geschwüre zur Heilung zu bringen. Neben der Vermeidung aller beißenden und irritierenden Stoffe in den Speisen, des Alkohols, des Rauchens müssen sehr häufig antiseptische, aber nicht zu scharfe Spülungen vorgenommen und die Ulzerationen mit Pinselungen behandelt werden. Es empfehlen sich da besonders Lösungen von 5—10%iger oder auch stärkerer Chromsäure, und besonders gut scheinen Argentum-nitricum-Solutionen in etwa 10%iger Konzentration zu wirken. Immer müssen wir die Kranken auf Rezidive, die leicht auftreten, sorgfältig beobachten, und wenn sich solche zeigen, sie sofort wieder energisch behandeln. („Die ärztliche Praxis“ Nr. 5, 1907.)

*

Die Therapie des Scharlach. Von Dr. B. Schick.

1. Als propylaktische Maßnahme bei der erwiesenen Übertragbarkeit des Scharlachvirus durch dritte Personen und großen Tenazität des Erregers ist die Isolierung des Erkrankten sofort durchzuführen. Als Idealforderung ist unbedingt die Forderung Heubners der sofortigen Überführung jedes Scharlachkranken in ein Infektionsspital aufzustellen. Die in Berührung mit dem Kranken gekommenen Kinder sind mindestens 14 Tage vom Schulbesuche fernzuhalten und unter ärztliche Kontrolle zu stellen. Auch dann, wenn das erkrankte Kind in ein Spital abgegeben wird, hat eine gründliche Desinfektion des Krankenzimmers zu erfolgen. Möbel und Fußboden werden mit 1‰ Sublimat oder 5%iger Karbollösung gereinigt, die Spielsachen vernichtet. Die Wäsche soll gewaschen werden, Kleider werden am besten im Dampf, Ledergegenstände und Pelzsachen in Formalin sterilisiert. Der Arzt soll seinen Krankenbesuch so einrichten, daß er den Scharlachkranken nach allen anderen Patienten besucht, dort einen Leinenmantel anzieht und vor Verlassen der Wohnung die Hände desinfiziert.

2. Wie lange soll nun der Erkrankte isoliert bleiben? Diese Frage mit Sicherheit zu beantworten, ist schwierig. Man sieht auch nach 6—8wöchentlicher Dauer der Isolierung im Spital, nach mehrmaligen Bädern und Desinfektion der Kleider noch immer Infektionen der Geschwister. Unter den jetzigen Verhältnissen pflegt Sch. bei Entlassung der Scharlachpatienten, die unter normalen Verhältnissen am 35.—42. Krankheitstage erfolgt, anzuraten, daß das genesene Kind nicht sofort nach Hause, sondern zu kinderlosen Angehörigen gebracht werde. Dort bleibt es mindestens 14 Tage, wobei das Kind täglich oder jeden zweiten Tag abends gebadet wird. Häufiger Wäschewechsel ist dringend erforderlich. Diese Methode der Isolierung des Scharlachkranken nach der Spitalsbehandlung vervollständigt das sogenannte System der „fraktionierten Desinfektion“ und ist dem vielfach üblichen Verfahren vorzuziehen, bei welchem vor Entlassung aus dem Spitale die gesunden Kinder isoliert werden. Denn durch das zurückgekehrte Scharlachkind kann leicht die Wohnung neuerlich infiziert werden, und die aus der Isolierung heimkommenden gesunden Kinder erkranken erst recht. Ist die Spitalsbehandlung undurchführbar, so soll die Zahl der beim Kranken Beschäftigten auf ein Minimum reduziert werden. Diese sind



ebenfalls als Infektionsträger zu betrachten. Besuche sind unbedingt zu verbieten. Die von der Infektion verschont gebliebenen Kinner sollen sofort am besten aus der Wohnung geschafft werden.

3. Allgemeine Therapie. Jeden Fall von Scharlach, auch den leichtesten, lassen wir durch mindestens 4 Wochen im Bette liegen und geben ihm in dieser Zeit kein Fleisch.

Sch. empfiehlt keine reine Milchdiät, sondern je nach dem Appetit des Kindes neben gekochter Milch, Malzkaffee oder Kakao mit Milch, Milchspeisen, leichte Mehlspeisen, Semmeln (Weißbrot), Butter, endlich falsche Suppen (Einbrenn-, Erdäpfel- usw.), Kompott und Honig. Alkohol nur als Exzitans, als Kognakzusatz zu Tee und als Weinsuppe. Die Zimmertemperatur soll 15° R betragen. Für fleißige Lüftung ist Sorge zu tragen. Die Kranken sollen, wenn sie nicht cyanotisch sind oder auskühlen, nicht stark zugedeckt sein. — Die Scharlachpatienten empfinden die kühlere Temperatur im allgemeinen angenehm. Das Fieber ist nicht durch Antipyretika zu bekämpfen, weil erfahrungsgemäß die hohen Temperaturen bei schwerem Scharlach durch Antipyretika nicht beeinflußt werden. Je schwerer die Erkrankung, um so fester steht die Mauer der hohen Temperaturen. Man erzielt dagegen leicht durch Antipyretika einen schweren Kollaps. Als bestes Mittel gegen das Fieber erweisen sich kühle Packungen des Stammes. Bei hydriatischen Prozeduren achte man stets auf Temperaturen und Farbe der Hände und Füße, die immer außerhalb des Umschlages bleiben müssen. Werden die Extremitäten kalt oder zyanotisch, so muß der Umschlag gleich abgenommen werden und wenn darauf keine Erwärmung erfolgt, durch ein gewärmtes trockenes Tuch ersetzt werden. Die Erwärmung unterstützen wir außerdem durch Wärmflaschen. Exanthem und Schuppung erfordern keine Behandlung. Einreibungen mit Vaselin oder Vaselin-Lanolin beschleunigen den Vorgang der Abschieferung, besonders wenn man sie auf warme Seifenbäder folgen läßt. Bäder sind zu verordnen erst für das Ende der Rekonvaleszenz (5. Woche). Zu dieser Zeit können warme Bäder täglich oder jeden zweiten Tag am besten abends verabfolgt werden. Die Fetteinreibung kann man dann anwenden, wenn die Haut trocken ist, juckt und zu exzematöser Reizung neigt.

4. Symptomatische Therapie. Bei leichter Rachenaffektion — Rötung und Schwellung der Rachengebilde und lakunären Beläge — genügen Halsumschläge von kaltem Wasser, die dreistündlich gewechselt werden und über Nacht liegen bleiben. Größere Patienten lassen wir mit irgend einem gebräuchlichen Mundantiseptikum, am besten mit 1—2% Wasserstoffsuperoxyd gurgeln. Drei- bis viermal am Tage wird der Mund mittels einer Ohrenspritze mit kaltem Wasser ausgespritzt. Die rasch eintrocknenden, dadurch rissigen, leicht blutigen Lippen sowie die Rhagaden in den Mundwinkeln werden mit 3% Borlanolin-Vaselin eingefettet. Dasselbe Mittel ist auch bei Rhinitis jedesmal nach dem Abwischen des Nasensekretes zu verwenden, um zu verhindern, daß das ätzende Sekret die Umgebung der Nasenöffnungen entzündlich reizt. Besonderes Augenmerk verlangen die den Scharlach so gerne begleitenden Otitiden. Ist durch Spiegeluntersuchung Rötung und Schwellung des Trommelfells konstatiert, so tropfe man zwei- bis dreimal täglich 5% Karbolglyzerin lauwarm ein, und je nachdem, was angenehmer empfunden wird, warme oder kalte Umschläge mit Liqu. Burowii auf das Ohr machen. Bei starker Vorwölbung und starken Schmerzen sowie bei hohem Fieber Parazentese. Bei Eintritt von Otorrhoe wird zwei- bis dreimal täglich das Sekret durch Einträufeln von 2%igem Wasserstoffsuperoxyd entfernt. In der Zwischenzeit legen wir Wattepfröpfchen ein, die das Sekret aufsaugen. Die Lymphdrüsenschwellungen geringeren Grades gehen unter einfachen Priessnitzumschlägen zurück. Nimmt die Schwellung zu, so versuche man Umschläge mit Burow, Einpinselung von Jodvasogen, Auflegen von 10%iger Ichthyolsalbe. Zur Inzision entschließe man sich erst, wenn deutliche Fluktuation vorhanden ist und die Haut an der fluktuierenden Stelle gerötet und verdünnt erscheint. Die kleine Operation wird am besten in leichter Äthernarkose vorgenommen. Vor frühzeitiger Inzision ist zu warnen. In schweren Fällen ist gewöhnlich das Herz stark mitbeteiligt. Um der Herzschwäche entgegenzuarbeiten, verwende man in jedem solchen Falle Exzitantien, intern Digitalis oder Digalen, schwarzen Kaffee, Alkoholika, subkutan Kampfer, Koffein und Digalen. Während der ganzen Scharlachbehandlung ist auf regelmäßigen Stuhlgang zu achten, Intern verwende man Aqu. laxat. Viennensis oder Ol. Ricini, Syr. mannae aa 15·0. Selbst die verwöhntesten Kinder nehmen das Ol. Ric, in dieser Form. Auch Einläufe per Rectum sind zu empfehlen.

5. Serumtherapie. Das Mosersche Serum hat von allen Streptokokkenseris noch die wenigsten Gegner und viele Anhänger, ist an der pädiatrischen Klinik seit Jahren in Verwendung und ist Sch. von seiner Wirksamkeit überzeugt. Die Nachteile, die bis jetzt dem Scharlachserum anhaften, sind seine schwere Erhältlichkeit und die großen Dosen, die zur Heilwirkung notwendig sind. Die durch das artfremde Serum bedingten Krankheitserscheinungen treten häufiger auf und sind manchmal intensiver als die bei den geringen Diphtherieserummengen zu beobachtenden Symptome. Die Injektion erfolgt subkutan in die Bauchhaut. Die einmalige Dosis beträgt 200 *cm*³, Die Injektionsstelle wird mit Kollodium und Watte verschlossen. Das Serum entfaltet seine Wirkung am schönsten in den rein toxischen Fällen, das heißt solchen Fällen, bei denen die Rachen- und Nasenaffektion und die begleitenden Drüsenschwellungen nicht intensiv entwickelt sind. Die Schwere der Erkrankung ist durch die Allgemeinintoxikation bedingt. Die Injektion muß, wenn man einen deutlichen Erfolg sehen will, in den ersten drei Krankheitstagen vorgenommen werden. Die Serumwirkung zeigt sich dann in kritischem Abfall der Temperatur und Rückgang der schweren Symptome. Auf die Nasen-, Rachen- und Lymphdrüsenaffektion hat das Serum nur insoweit Einfluß, als bei rechtzeitiger Injektion schwere Zerstörungen ausbleiben und das Leben erhalten wird. Nach dem fünften Krankheitstage injiziert, verliert das Serum an Wirksamkeit. Die Nachkrankheiten, speziell die Nephritis, werden nicht verhütet. Neben der Serumtherapie bleiben alle anderen therapeutischen Maßnahmen aufrecht. Von den Nachkrankheiten erfordert nur die Nephritis eine eigene Besprechung. Eine Prophylaxe der Nephritis ist bisher noch nicht gelungen. Die von anderer Seite empfohlenen Mittel (Ol. therebinthinae, Urotropin) haben sich Sch. als nutzlos erwiesen. Auch die kochsalzarme Diät hat nach unseren Erfahrungen keinen Einfluß auf die Häufigkeit der Nephritis. Als einzige prophylaktische Maßregel ist die Bettruhe anzusehen. Die leichten Formen von Nephritis heilen bei Bettruhe und fleischloser Diät ohne jede weitere Therapie. Vor allem vermeidet Sch. Diuretika, die durch Reizung der Niere wirken. Will man unbedingt etwas verschreiben, so gebe man Ergotin 1—2 *g* : 150, zweistündlich 1 Kinderlöffel, Erwachsenen entsprechend mehr. In der Rekonvaleszens kann man Eisenpräparate (ohne Alkohol) verwenden. Will man diaphoretisch vorgehen, so begnüge man sich mit feuchtwarmen oder trockenwarmen Packungen, die man, wenn der Patient sich darin wohl fühlt, nicht länger als eine halbe Stunde liegen läßt. Die Flüssigkeitszufuhr beschränke man nicht und gebe abwechselnd Milch, Tee, alkalische Säuerlinge, z. B. Biliner Wasser.

Die kochsalzarme Diät, die namentlich von Frankreich her in die Behandlung der chronischen Nephritis eingeführt wurde, hat nach Sch.s Versuchen auf der Scharlachstation eine günstige Wirkung auf die Intensität der Ödeme. Einen Einfluß auf Eiweißmenge und Blutgehalt konnte man nicht konstatieren. Mit Rücksicht auf die sichere Beeinflussung der Ödeme empfiehlt Sch. die kochsalzarme Diät bei eingetretener Nephritis, zumal sie ohne Schwierigkeit durchführbar ist und genügend Abwechslung bietet. Man setzt sie zusammen aus: Milch, Milch mit Kakao oder Malzkaffee, rohem oder gekochtem resp. gedünstetem Obst, ungesalzenem Brot,

mit oder ohne Butter, Honig, ungesalzener Suppe, ungesalzener Mehl- oder Milchspeise.

Bei Komplikationen der Nephritis ist symptomatisch zu verfahren, insbesondere achte man auf die Herztätigkeit. Bei Herzschwäche leisten unsere Kardiaka treffliche Dienste. Eine Phase der akuten Nephritis bedarf aktiven ärztlichen Eingreifens, da hier ein Zögern von schwerem Schaden sein kann: die Urämie. Sobald die Krämpfe stärker werden und Bewußtlosigkeit eintritt, oder — bei asthmatischer Form — wenn die Dyspnoe schwerer wird, eine ausgiebige Venaesektion (200—300 cm^3 bei 6—12jährigen Kindern, bei Erwachsenen 500 cm^3) und anschließend eine subkutane Infusion physiologischer Kochsalzlösung in gleicher Menge oder hohe Darmirrigationen mit lauem Wasser. Der Erfolg dieser therapeutischen Maßnahmen ist häufig eklatant. Stellen sich nach längerer Pause neuerlich Krämpfe ein, so kann der Aderlaß und die Kochsalzinfusion bezw. -Irrigation wiederholt werden. Bettruhe und kochsalzarme resp. fleischlose Diät ist womöglich bis zum achten Tage nach völligem Schwinden der Eiweißausscheidung auszudehnen. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23, 1907.)

*

Die Behandlung bei äußerem Milzbrand. Von Dr. med. Karl Lengfellner.

Während das Messer bei Behandlung von äußerem Milzbrand mehr und mehr seine Bedeutung einbüßt, steht die konservative Behandlung momentan auf der Höhe des Ansehens und ohne Zweifel mit Recht. Noch mit einer dritten Behandlungsmethode haben wir heute zu rechnen, das ist die Serumbehandlung, worüber die Literatur bis dato sich leider beinahe ausschweigt, obwohl sicher über eine Reihe von Fällen zu berichten wäre. Das Für und Wider der operativen Behandlung ist in einer großen Reihe von Arbeiten bereits so eingehend erörtert, daß L. sich darauf beschränken kann, die beiden anderen Behandlungsmethoden etwas näher zu beleuchten.

Das Wesen der konservativen Behandlung besteht kurz skizziert darin: die Pustel absolut ruhig und ungestört zu lassen, die Umgebung gut zu reinigen, durch einen reizlosen Salbenverband das Scheuern des Verbandes zu verhindern, das kranke Glied ruhig zu stellen und zu suspendieren. Durch das absolut konservative Verhalten gegen die Pustel wird man dem obersten Grundsatz bei der Behandlung von äußerem Milzbrand gerecht, nämlich das infizierte Gewebe in seinem Kampfe nicht zu stören, da jede Beeinträchtigung den Übertritt virulenter Keime in die Blutbahn heraufbeschwören kann. Daß die Ruhigstellung von Einfluß ist, zeigen folgende experimentelle Versuche. Friedrich brachte den an seiner Spitze durch Amputation verwundeten Mäuseschwanz sofort in eine Bouillonkultur und befestigte das Tier so, daß der Schwanz ruhig stundenlang in der Kultur hing. Es kam dabei nicht zu einer Allgemeininfektion und zum Tode der Maus, offenbar, weil die Gewebe nicht beeinträchtigt wurden. Bei den Versuchen von Schimmelbusch aber, der einen Kulturtropfen in die Wunde rieb, trat jedesmal tödliche Infektion ein.

L. will darauf verzichten, die große Reihe von einzelnen Fällen, die konservativ behandelt zur Heilung kamen, aufzuzählen, sondern sich darauf beschränken, die Literatur dadurch zu bereichern, daß er sämtliche Fälle von äußerem Milzbrand, die in der v. Bergmannschen Klinik aus den vorhandenen Krankengeschichten zu eruieren waren, tabellarisch berichtet und aus den Heilungsergebnissen den Beweis der Berechtigung der konservativen Therapie erbringt. 5 Fälle hatte er bei seiner Tätigkeit auf der septischen Station Gelegenheit, selbst auf das genaueste zu beobachten. Nicht unerwähnt will er die famosen Resultate lassen, die v. Bramann in Halle bei konservativer Behandlung des äußeren Milzbrandes hatte. In einer Inauguraldissertation (Halle a. S. 1904) bezeichnet Emil Hoffmann v. Bramann als den Begründer der konservativen Schule. Da aber diese Behandlungsmethode bereits viele Jahre früher in der v. Bergmannschen Klinik ausschließlich geübt wurde, und v. Bramann diese Prinzipien bei seinem Scheiden aus der Klinik wohl mitgenommen hat, so gebührt dieses Verdienst v. Bergmann.

Bei ungefähr einem Drittel der Fälle war die Infektion am Arme erfolgt, bei einem Fünftel am Hals, bei einem Fünftel an der Hand und bei zirka einem Drittel im Gesicht, darunter ein Fall am oberen Augenlide.

Ursache des Milzbrandes war in erster Linie das Schlachten milzkranker Tiere, dann inniges Zusammensein mit solchen. Eine Reihe von Patienten infizierten sich ferner beim Sortieren von ausländischem Leder.

Was die dritte Behandlungsmethode anlangt, so ist die Literatur über Erfahrungen von Serumbehandlung beim Menschen außerordentlich dürftig. Einen einzigen typischen Fall konnte L. finden, den Prof. Wilms in Leipzig in der „Münch. med. Wochenschr." veröffentlichte. Wilms benutzte das von Prof. Sobernheim in Halle angegebene Serum und heilte damit einen sehr schweren Fall von äußerem Milzbrand an der linken Schläfe bei einem 50jährigen Mann.

Sollte das Serum sich bewähren, so wäre diese Behandlungsmethode natürlich am meisten zu begrüßen. Es wäre höchste Zeit, daß die Literatur in dieser Hinsicht bald Ergänzung finden würde. („Münch. med. Wochenschr." Nr. 49.)

*

Nasentamponade bei Ozaena. Von Dr. R. Sondermann in Dieringhausen.

Eine wesentliche Bedingung für eine erfolgreiche Behandlung der Ozaena bildet die regelmäßige sorgfältige Entfernung der Borken, und wenn die Therapie der Ozaena bis jetzt noch so wenig befriedigende Resultate aufzuweisen hat, so dürfte nicht zuletzt die Ursache in dem Punkte zu suchen sein. Schaden doch die Borken nicht nur dadurch, daß durch ihren Druck die Atrophie der Schleimhaut immer weiter fortschreitet, sondern sie verhindert auch, daß die eingeführten Medikamente mit der Schleimhaut in direkte Berührung kommen. Diese Nachteile wiegen außerdem um so schwerer, als auch nach sorgfältigster Entfernung sich außerordentlich schnell wieder neue Borken bilden, so daß sie meist schon am folgenden Tage wieder in früherem Umfange vorhanden sind.

Da die stets längere Dauer der Behandlung es den meisten Patienten unmöglich macht, sich täglich beim Arzte einzufinden, ist es unbedingt erforderlich, daß dem Patienten selbst die Möglichkeit gegeben ist, die Borken regelmäßig zu entfernen. Im wesentlichen bestehen hiefür zwei Methoden, die der Ausspülungen und der Tamponade. Beiden Methoden haften beträchtliche Nachteile an; für die Ausspülungen sitzen die Borken häufig zu fest, oder der Patient verfehlt gerade diejenigen Stellen, wo Borken sitzen; außerdem treten bei der notwendigen ausgiebigen Spülung öfter Kopfschmerzen auf, wie auch Tube und Mittelohr in Mitleidenschaft gezogen werden können. Nicht zuletzt aber handelt es sich bei den Ausspülungen um eine Maßnahme, die nicht nur an sich unangenehm ist, sondern auch gewisser Vorbereitungen bedarf, die zwar nur gering sind, aber jedenfalls dazu beitragen, daß die Spülungen häufig nicht regelmäßig vorgenommen werden und schon aus diesem Grunde ohne Erfolg bleiben müssen. Auch die bekannte Gottsteinsche Tamponade hat ähnliche Nachteile und wird besonders unangenehm dann empfunden, wenn die Tampons längere Zeit in situ gelassen werden, um einen Reiz auf die Schleimhaut auszuüben.

Die von S. auch zur Entfernung der Borken empfohlene Applikation des Nasensaugers führt, seit aus besonderen Gründen nicht mehr so stark saugende Bälle wie anfangs benutzt werden, häufig ebenfalls nicht zum Ziel.

Gut bewährt hat sich mir jedoch folgende einfache Methode.

Eine aus Kondomgummi gefertigte Hülle wird vom Patienten in zusammengepreßtem Zustande in die Nasenöffnung geschoben und durch einen mit der Hülle verbundenen Schlauch vom Patienten selbst kräftig aufgeblasen. Sie legt sich der Wand des Naseninnern bei Atrophie der unteren Muschel, die ja meist vorhanden, in seiner ganzen Ausdeh-



nung an und reicht bis in den Nasenrachenraum, wovon man sich durch Rhinoscopia posterior überzeugen kann. Der Schlauch, der leicht von der Hülle getrennt werden kann, trägt einen Absperrhahn, wodurch erstere, einmal aufgeblasen, ihre Form beibehält. Nach 5—10 Minuten öffnet man den Hahn, worauf die Hülle infolge Entweichens der Luft zusammensinkt und leicht herauszuziehen ist. Sie wird sofort nach Ablösen des Schlauches in ein bereitstehendes Wassergefäß gelegt und kann in diesem bis zum nächsten Gebrauch, nach 12 bis 24 Stunden, verbleiben; es haben sich dann meist sämtliche dem Gummi anhaftenden Borken abgelöst und zu Boden gesenkt. Sind Teile der Borken in der Nase zurückgeblieben, so sind sie doch gelockert und können leicht ausgeschnäuzt werden.

Die Ansprüche, die bei dieser Methode an die Intelligenz und Bequemlichkeit des Patienten gestellt werden, sind denkbar gering. In den ersten acht Tagen empfiehlt sich täglich zweimalige Anwendung, später dürfte im allgemeinen einmal täglich genügen. Dabei darf selbstverständlich die Kontrolle durch den Arzt von Zeit zu Zeit nicht fehlen. Wendet außerdem der Patient anfangs 1—2stündlich, später 3—4mal am Tage den Sauger regelrecht an, so bleibt der Erfolg, eine weitgehende Besserung oder gar Heilung des Leidens, nicht aus. („Münch. med. Wochenschr." Nr. 49.)

*

Über das Vorhandensein von Antituberkulin im tuberkulösen Gewebe. Von Professor Dr. A. Wassermann und Dr. C. Bruck.

Die mit den feineren biologischen Vorgängen im tuberkulösen Organismus zusammenhängenden Punkte erfreuen sich in letzter Zeit einer besonders eingehenden experimentellen Bearbeitung. Zumal die Frage der Überempfindlichkeit des tuberkulösen Gewebes gegenüber dem Tuberkulin steht dabei im Vordergrund. Auch Aut. haben sich unter Anwendung des Prinzips der Bordetschen Komplementablenkung experimentell damit beschäftigt (D. med. Wochenschr. 1906, Nr. 12) und sind auf Grund der Versuche zu dem Schlusse gelangt, daß im tuberkulösen Gewebe Tuberkulin und beim Vorhandensein noch reaktionsfähigen Gewebes als Reaktionsprodukt Antituberkulin sich nachweisen läßt. Diesen Schluß machten sie deshalb, weil 1. der Extrakt von tuberkulösen Organen gemischt mit Serum von Tieren, welche mit Tuberkelbazillenpräparaten vorbehandelt waren, Komplementbindung ergibt (Tuberkulinnachweis) und weil 2. der gleiche Extrakt mit dem entgegengesetzten Agens, d. h. Tuberkulin, versetzt, das gleiche Phänomen zeigt (Antituberkulinnachweis). Aut. sahen nun in der Anwesenheit eines Antikörpers gegenüber Stoffwechselprodukten der Tuberkelbazillen (Tuberkulin) die Ursache für die spezifische Überempfindlichkeit des tuberkulösen Gewebes im Vergleich mit dem normalen, gegenüber dem Tuberkulin. Denn durch das Vorhandensein eines Antikörpers wird das injizierte und in den Körpersäften kreisende Tuberkulin in das kranke Gewebe gezogen, während das gesunde Gewebe über eine solche mit spezifischer Avidität versehene Substanz nicht verfügt und deshalb keine spezifische Reaktionsfähigkeit auf Tuberkelbazillenpräparate zeigt.

Mit dieser auf experimenteller Grundlage beruhenden Deutung setzten sich Aut. in Gegensatz zu der von Bail und seinen Schülern aus dem Hüppeschen Institute in jüngster Zeit besonders vertretenen Anschauung, wonach die spezifische Wirkung des Tuberkulins ein Additionseffekt sei. Diese Autoren stehen wohl auf dem Standpunkt, daß im tuberkulösen Organe Tuberkulin vorhanden sei, daß aber nur dieses bei der Tuberkulinwirkung eine Rolle spiele, indem das neu injizierte Tuberkulin sich zu dem ursprünglich vorhandenen summiere und dadurch die Reaktion auslöse.

Der Unterschied beider Anschauungen liegt auf der Hand. Aut. ersehen die Spezifizität der Wirkung in der natürlichen Avidität zwischen Antikörper und Tuberkulin. Bail und seine Schüler in einer Summierung gleichartiger Substanzen. Bail hat nun durch Weil und Nakajama (Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 21) im Anschluß an seine Arbeit die gleichen Versuche, wie er sie angab, ausführen lassen. Die genannten Autoren bestätigen diese Versuchsergebnisse vollkommen, glauben indessen, wenigstens für einen Teil, aus denselben andere Schlüsse ziehen zu müssen. Die genannten Forscher stehen nämlich auf dem Standpunkt, daß man aus der Versuchsanordnung der Autoren wohl auf die Anwesenheit von Tuberkulin, was ihrer Annahme entsprechen würde, nicht aber auf die von Antituberkulin schließen könne. Weil und Nakajama stützen sich hiebei darauf, daß beim Nichtinnehalten der von Aut. angegebenen quantitativen Verhältnisse die einzelnen Komponenten allein, also Tuberkulin oder tuberkulöser Organextrakt allein, eine Komplementbildung ergeben.

Die Aut. glauben aber nach wie vor, aus ihren Versuchen keinen anderen Schluß ziehen zu dürfen, als daß es sich auch bei den Versuchen mit Extrakt aus tuberkulösem Gewebe um die Wirkung von Antituberkulin handelt, ein Schluß, der sowohl mit der beim Lebenden zu beobachtenden Überempfindlichkeit gegen Tuberkulin, als auch mit den bei anderen Infektionskrankheiten gemachten Erfahrungen vollkommen übereinstimmt. Aut. geben sich der Hoffnung hin, daß die Herren Weil und Nakajama bei Fortsetzung ihrer Studien ebenfalls zu der Überzeugung gelangen werden, daß die geschilderten experimentellen Befunde auch in den tuberkulösen Organextrakten nur nach der Richtung des Vorhandenseins von Antituberkulin oder, allgemeiner ausgedrückt, einer zum Tuberkulin spezifische Bindungsavidität besitzenden Gegensubstanz gedeutet werden können. (Münchner med. Wochenschrift, Nr. 49.)

*

Beitrag zur Serumbehandlung der Basedowschen Krankheit. Von Dr. Mayer.

Es handelt sich um ein 23jähriges Mädchen, zu dem Mayer am 28. März d. J., abends gerufen wurde. Der Befund war folgender:

Großes, blasses, sehr stark abgemagertes Mädchen. Haut trocken, fühlt sich kühl an. Subnormale Temperatur. Pulsfrequenz 140—160. Deutliche, stark hervortretende Basedowsymptome. Die Patientin macht geradezu einen moribunden Eindruck. Mayer bemühte sich zunächst, die Herztätigkeit durch Kamphereinspritzungen und Digitalismedikation zu heben.

Am nächsten Tage war eine kaum merkliche Besserung eingetreten. Die Pulsfrequenz betrug immer noch 140—150. Das Allgemeinbefinden zeigte keine Änderung.

Da die Patientin schon jahrelang von verschiedenen Kollegen ohne Erfolg den üblichen Behandlungsmethoden ihres Leidens unterzogen worden war, so beschloß Mayer, unter Aussetzung jeder anderen medikamentösen Therapie, noch einen Versuch mit Antithyreoidinserum Möbius zu machen. Mayer begann mit geringen Dosen. Zunächst dreimal täglich 10 Tropfen, steigend um 5 Tropfen bis zu 30 Tropfen. Schon am vierten Tage, nachdem ungefähr 4 *cm*³ des Serums eingenommen worden waren, trat deutliche Besserung ein. Das Allgemeinbefinden hob sich, die Pulsfrequenz ging auf 100 bis 120 zurück. Nach acht Tagen hatte sich Patientin wieder so weit erholt, daß sie leichte Hausarbeit verrichten konnte. Mayer ließ dann dreimal täglich 20—30 Tropfen Serum einnehmen, bis ungefähr 20 *cm*³ im ganzen verbraucht waren.

Patientin fühlte sich immer wohler, der Exophthalmus, der vorher geradezu erschreckend war, ging zurück. Der Umfang der Struma verminderte sich um 2 *cm*. Die Pulsfrequenz war durchschnittlich 100. Das Allgemeinbefinden sehr gut. Patientin hat jetzt den Sommer über sehr viel Feldarbeit verrichtet. Heute, nach einem halben Jahre, ist das Befinden des Mädchens, das Mayer seither beobachtete, unverändert.

Mayer teilt diesen Fall der Öffentlichkeit mit, weil ihm der Erfolg des Antithyreoidinserums geradezu eklatant erscheint. Hinweisen möchte Mayer noch auf die Anwendung kleiner, allmählich steigender Dosen, die in kurzer Zeit ihre Wirkung äußerten. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 49.)



III. Sitzungsberichte.

Sechzehnte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft.

(Fortsetzung und Schluß.)

Hegener, Heidelberg: Demonstrationen zur Lehre vom Hirnabszeß.

a) Solitärer Abszeß der rechten motorischen Rindenregion, entstanden von einer Sinusphlebitis aus, durch Fortleitung in der Trollardschen Vene. b) Nicht operierter Kleinhirnabszeß neben Sinusphlebitis mit Labyrinthitis; Abszeß und Phlebitis wahrscheinlich entstanden durch Vermittlung des Sacculus endolymphaticus. c) Kleinhirnabszeß nach Labyrinthitis, wahrscheinlich entstanden aus einer toxischen Meningoenkephalitis. d) Photographien einer trotz breiter Abszeßeröffnung usw. durch $2^1/_2$ Monate dauernd progressiven Vereiterung der Großhirnhemisphäre, die schließlich zum Tode durch Atmungslähmung, nicht Meningitis, führte.

Oppikofer, Basel: Untersuchungen der Nase zur Zeit der Menses, der Schwangerschaft und unter der Geburt.

Wie Freund und Zacharias hat auch O. bei seinen Untersuchungen an schwangeren Frauen nicht selten Veränderungen im Naseninneren gefunden. Im Gegensatze zu den beiden Autoren möchte aber O. diese Veränderungen (Hyperämie und leichte Hypertrophien der Schleimhaut) nicht als wirkliche intranasale Graviditäts-Veränderungen auffassen. Leichte pathologische Veränderungen sind auch in der Nasenhöhle häufig und haben mit der Schwangerschaft als solcher nichts zu tun.

Die Angabe von Freund, daß bei Frauen unter der Geburt zuweilen kurz vor Eintritt einer Wehe die Nasenschleimhaut anschwillt, kann O. nicht bestätigen. Der enge Zusammenhang zwischen Nase und Genitalorgan unter der Geburt, wie Freund ihn schildert, besteht nicht.

Endlich hat O. auch Frauen zur Zeit der Menses untersucht. Die Angabe, daß die Muscheln regelmäßig in dieser Zeit anschwellen, kann für die überwiegende Mehrzahl der Fälle nicht bestätigt werden. Daß die Schleimhaut zur Zeit der Menses leicht blutet oder in besonderem Grade auf Sondenberührung schmerzhaft empfindlich ist, hat O. in keinem seiner Fälle beobachtet. Als Regel darf aufgestellt werden, daß ein normales Naseninnere zur Zeit der Menstruation sich nicht verändert.

Bárány, Wien: Zur Theorie des Nystagmus.

B. demonstriert ein Schema, in welchem auf Grund physiologischer und pathologischer Beobachtungen die Hirnbahnen für den Nystagmus dargestellt sind. Die Hauptsache liegt darin, daß nur die langsame Bewegung des Nystagmus vestibulär ausgelöst erscheint, die rasche Bewegung aber vom supranukleären Blickzentrum ausgeht. Durch leichte Narkose kann man die rasche Bewegung des Nystagmus zugleich mit der Willkürbewegung lähmen, während die langsame Bewegung noch bestehen bleibt. Bei Lähmung im Bereiche des Blickzentrums konstatierte B. auf vestibuläre Reizung lediglich langsame Augenbewegungen, während der Nystagmus vollständig fehlte (zwei klinische Beobachtungen). B. schlägt für diese Art der Lähmung den Namen supranukleäre Ophthalmoplegie vor, im Gegensatz zur nukleären Ophthalmoplegie einerseits, zur Pseudophthalmoplegie Wernickes andererseits.

Voss, Königsberg i. Pr.: Die Radiologie in der Ohrenheilkunde.

Nach einem geschichtlichen Rückblick auf die bisherigen Versuche, röntgenologische Untersuchungen des Gehörorgans vorzunehmen, hebt V. die Notwendigkeit und das Aussichtsvolle derartiger Untersuchungen an der Hand einer größeren Reihe von Radiogrammen hervor, die teils am Präparat, teils am Lebenden gewonnen sind. Von ersteren sind es namentlich stereoskopische Aufnahmen im Wheatstoneschen Spiegelstereoskop, durch die eine hervorragende plastische Wirkung erzielt wird. Vortragender empfiehlt deshalb diese Methode als ganz besonders geeignet, um das Röntgenverfahren zu einem immer brauchbareren Faktor des ohrenärztlichen Armamentariums in anatomischer und diagnostischer Hinsicht auszugestalten.

M. Wassermann, München: Die Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Diagnose der Kieferhöhlen-, Siebbein- und Stirnhöhlenerkrankungen.

W. empfiehlt die Anwendung des Röntgenverfahrens für den Überblick erkrankter Nebenhöhlen als zuverlässige Methode, in sicherer und schnellerer Weise als bisher den Erkrankungsherd zu finden. Vor allem gelingt mittels des Skiagramms die oft schwierige Differentialdiagnose zwischen Stirnhöhleneiterung und Siebbeinerkrankung oder Kombination beider am ersten Tage unserer Behandlung, während bei den bisherigen Methoden oft wochenlange Beobachtung notwendig war und bei enger Nase manchmal überhaupt nicht zum Ziele führte. In allen Fällen zeigten sich die Anhaltspunkte, die durch das Röntgenverfahren gegeben waren, als wertvoll, insofern der positive Eiterbefund und die pathologisch verdickte Schleimhaut den operativen Eingriff als gerechtfertigt erwies. Aber nicht nur hinsichtlich der Wahl des Eingriffs, sondern auch hinsichtlich der Methode, namentlich der Stirnhöhlenoperation, ist das Verfahren von Wichtigkeit. Die Aufnahmen sind aber auch berufen, unsere Operationsresultate zu kontrollieren, insofern sich bei Heilungen wieder Aufhellungen früher erwiesener Trübungen zeigen.

Winckler, Bremen: Röntgenaufnahme der Warzenfortsatzgegend.

W. zeigt, daß man aus Röntgenaufnahmen in occipitofrontaler, wie auch in transversaler Richtung geognostisch wichtige Schlüsse über die Lage des Sinus, die Dicke des Tegmen tympani, die pneumatische, spongiöse oder kompakte Beschaffenheit des Warzenfortsatzes, ziehen kann, und daß unter günstigen Umständen sogar Sequester nachweisbar sind. Auch Abszesse, namentlich des Schläfenlappens, sollen mittels Röntgenstrahlen vor der Operation untersucht werden.

Siebenmann, Basel: Über Osteomyelitistaubheit.

S. spricht auf Grund von vier fremden und drei eigenen neuen Beobachtungen über das seltene und interessante Krankheitsbild der beiderseitigen Ertaubung, welche im Gefolge von Osteomyelitis der langen Röhrenknochen auftritt. Weiters demonstriert S. Präparate und Abbildungen von anatomischen Labyrinthveränderungen, welche er in Vorhof und Schnecke gefunden hat bei einem an Retinitis pigmentosa leidenden, von Prof. Lemcke während des Lebens geprüften Taubstummen. Diese Veränderungen sind bisher noch nicht beschrieben worden, aber auf Grund der funktionellen Prüfungsergebnisse bei einer kleinen Zahl derartiger Taubstummer hat Bezold, wie S. nachweist, richtig vorausgesagt, welcher Art diese anatomischen Störungen sein dürften. Das Mitergriffensein des statischen Apparates charakterisiert diese Gruppe der mit Retinitis pigmentosa kombinierten Form von Taubheit.

Wittmaack, Greifswald: Über Schädigungen des Gehörorganes durch Schalleinwirkung.

W. demonstriert mikroskopische Präparate über experimentell erzeugte pathologische Veränderungen im Gehörorgan nach Schädigung desselben durch Schalleinwirkung. Es ist ihm gelungen, sowohl durch kontinuierliche als auch durch kurz dauernde intensive, in nächster Nähe des Ohres erzeugte Schalleinwirkung sehr deutliche Veränderungen im Gehörorgan bei Meerschweinchen experimentell hervorzurufen. Hiedurch war er in die Lage versetzt, den sich hiebei abspielenden pathologischen Prozeß in seiner allmählichen Entwickelung und in seinen verschiedenen Nuancen an einem großen Material — rund 90 Meerschweinchen — genau zu studieren. Es handelt sich im wesentlichen um eine Alteration des Neurons, der in der großen Mehrzahl der Fälle sekundäre Rückbildungsprozesse im Cortischen Organ folgten. Dementsprechend hält W. die Bezeichnung „Pro-



fessionelle bezw. Detonationsneuritis" des Hörnerven für den analogen Erkrankungsprozeß des menschlichen Gehörorganes für die zweckmäßigste.

Panse, Dresden: Was können wir im histologischen Präparat des inneren Ohres als sicher krankhafte Veränderungen betrachten?

P. nennt als sicher krankhaft: im Knochen Fehlen des Mallolus, Resorption durch Osteoklasten, Apposition durch Osteoblasten. Bildung von Spangen und Ausfüllung vorgebildeter Hohlräume mit Knochen oder Bindegewebe, Blut, Eiter, Exsudat mit Fibrin, Bakterien. Im häutigen Labyrinth muß man mit der Deutung von Formveränderungen der Häute und Zellen äußerst vorsichtig sein. Außer obigen Krankheitsstoffen ist Kolloid sicher krankhaft. Verschiebung der Ansätze der Membr. Reissneri beweist Erweiterung des Ductus cochlearis, bei Veränderungen der Papille ist nur bei deutlich erhaltenen Kern- und Zellgrenzen Fäulnis und Kunsterzeugnis auszuschließen. An den Nerven ist in den Knochenkanälen Querschnittsverminderung Beweis für Atrophie; im Akustikusstamm auch Folge von Zerrung bei Herausnahme des Gehirns. Ganglion spirale zeigt in der Basis öfters spärliche Zellen als Zeichen seniler Atrophie. Nervenfärbung infolge Fäulnis und der Säuren unsicher.

Voss, Königsberg: Wodurch entsteht der Nystagmus bei einseitiger Labyrinthverletzung?

Mitteilung der Beobachtung eines Falles, in dem bei nachgewiesener Unerregbarkeit eines Labyrinthes, infolge einer Verletzung des anderen, vorher erregbaren Labyrinthes Nystagmus nach der unverletzten Seite hin auftrat. V. erörtert die verschiedenen Möglichkeiten, die diesfalls für die Entstehung des Nystagmus in Betracht kommen.

Bárány, Wien: Untersuchungen über das Verhalten des Vestibularapparates bei Kopftraumen und ihre praktische Bedeutung.

B. bespricht die Untersuchung des Vestibularapparates bei traumatischen Fällen mit Schwindel. Er verfügt über 40 derartige, genau beobachtete Fälle. Bei der Untersuchung wird zunächst eine genaue Anamnese erhoben, die besonders auf die Art des Schwindels eingeht. Sodann wird auf spontanen, rhythmischen Nystagmus in den Endstellungen der Augen untersucht. Nur stärkere Grade desselben bei intaktem Sehorgan haben eine klinische Bedeutung, geringere Grade sind auch bei Normalen häufig. Von großer Wichtigkeit ist die Beobachtung von Nystagmusanfällen mit Schwindel bei raschen Kopfbewegungen (Rückwärtsneigen des Kopfes, Bücken usw.). B. konnte in der Hälfte seiner Fälle dadurch die Angaben seiner Patienten verifizieren. Drittens wird der Nystagmus und Schwindel bei Drehung auf dem Drehstuhl untersucht. Hier ist die Identifikation des experimentellen Schwindels mit dem spontan auftretenden von Bedeutung. Diese Identifikation erfolgt in der Regel bis ins kleinste Detail bei Hervorrufung des rotatorischen Nystagmus, entsprechend der Tatsache, daß auch der spontane Schwindel von rotatorischem Nystagmus begleitet ist. Viertens empfiehlt B. neuerdings die Untersuchung der Gegenrollung der Augen für diese Fälle (cf. Archiv f. Ohrenheilk., 1906). Am Schlusse macht B. einen terminologischen Vorschlag. Er legt die Verwirrung dar, die durch den Gebrauch der Namen Ménièresche Krankheit, Ménièrescher Symptomenkomplex, Pseudoménière usw. in der Ohren- und Nervenheilkunde gestiftet wurde, indem heterogene Zustände mit ähnlichem oder gleichem Namen bezeichnet wurden und schlägt die Bezeichnung vestibulare Erkrankung mit Angabe des Sitzes und der Art der Erkrankung vor.

Neumann, Wien: Über zirkumskripte Labyrintheiterung.

N. unterscheidet sowohl bei den diffusen wie bei den zirkumskripten Labyrinthitiden die manifesten und die latenten Formen. Vorhandensein oder Fehlen des spontanen Nystagmus (bei Blick nach der ohrkranken bezw. der ohrgesunden Seite), der Erregbarkeit des Vestibularapparates, der Hörfunktion geben, eventuell im Zusammenhalt mit dem Befunde an der Labyrinthwand bei der Eröffnung der Mittelohrräume, nach N.'s Erfahrungen zuverlässige Anhaltspunkte dafür, ob eine einfache Radikaloperation bezw. konservative Behandlung am Platze oder die Eröffnung der Labyrinthräume im Anschluß an die Radikaloperation indiziert ist. Wegen der Details muß auf die ausführliche Mitteilung in den „Verhandlungen der „Deutschen otologischen Gesellschaft verwiesen werden.

Stimmel, Leipzig: Zur Behandlung der chronischen Otitis media durch Saughyperämie nach Bier (nur zu Protokoll gegeben).

St. berichtet über sehr günstige Erfolge, welche derselbe mit der längere Zeit fortgesetzten Anwendung der Bierschen Saugtherapie in einer größeren Anzahl meist sehr veralteter chronischer Mittelohreiterungen seit Mai 1905 erzielte. Selbstverständlich wurden nur solche Fälle der Saugbehandlung unterworfen, bei welchen zur Zeit noch keine gefahrdrohenden Symptome für sofortige Ausführung der Radikaloperation bestanden. Neben prompter Abnahme von Eiterung und Fötor wurde häufig auch wesentliche Hörverbesserung beobachtet.

Die Zahl der Saugstauungen, welche zur völligen Heilung erforderlich waren, betrug bei der hartnäckigsten Eiterung 35 und bei dem am schnellsten geheilten Falle 5. Die Dauer der einzelnen Saugstauung hat 15 Minuten nie überschritten, und kam dieselbe jeden zweiten bis dritten Tag zur Anwendung. Schmerz darf dabei nie im Innern des Ohres empfunden werden.

In der Geschäftssitzung wurde als Ort der nächstjährigen Versammlung Heidelberg gewählt.

IV. Literatur.

Über Zystitis. Von Dr. Felix Schlagintweit. Würzburger Abhandlungen. VII. Band, 4. Heft. Würzburg. A. Stubers Verlag (Kurt Kabitzsch). 1907.

Der bekannte Urologe, der auch über einen guten Namen als Inhaber und ärztlicher Leiter der Heilanstalten für Harnkranke in München und Bad Brückenau verfügt, bespricht in Form der bekannten kurzen Abhandlungen die Zystitis nach dem heutigen Stande der Forschung in ihrer Ätiologie, pathologisch-anatomischen und klinischen Einteilung, Symptomatologie und Therapie. In dem knappen Raume von 20 Seiten findet der Leser eine übersichtliche Darstellung der wichtigsten Punkte aus diesem Kapitel nebst manchen originellen, der eigenen Erfahrung des Autors entstammenden, jedem Praktiker nützlichen Bemerkungen. R. G.

V. Aus der Praxis.

Arrhovin. In einer großen Reihe von Fällen hat Hernfeld in unzweifelhafter Weise, d. h. ohne andere spezifische oder medikamentöse Therapie festgestellt, daß unter regelmäßigem Gebrauch von Arrhovin die akut-entzündlichen Erscheinungen, Schwellung des Orifiziums, Druckempfindlichkeit der Harnröhre, Dysurie und die schmerzhaften Erektionen zurückgehen. In keinem der beobachteten Fälle war — wie das sonst so häufig ist — auch nur vorübergehend eine Steigerung der akut entzündlichen Erscheinungen beobachtet worden. Im ganzen wurden etwa 50 Fälle auf der Abteilung genau beobachtet. Es muß zunächst hervorgehoben werden, daß Arrhovin ausnahmslos gut vertragen und stets dem Ol. Santali vorgezogen wurde. Es verursacht kein Aufstoßen und verleiht der Expirationsluft keinen verräterischen Geruch. Bei Prostatitis wurde bei täglich 6 Kapseln ein guter Erfolg erzielt. Bei Zystitis führte eine Kombination von Arrhovin mit gleichzeitigen Blasenspülungen zum Ziele. Auch bei Epididymitis zeigt sich stets ein Zurückgehen der starken entzündlichen Erscheinungen; es gelang hier in kurzer Zeit, die stark einige Sekretion in allen Fällen sichtlich, in zweien vollständig



zum Verschwinden zu bringen, ohne daß die entzündlichen Erscheinungen am Nebenhoden sich verstärkt hätten. In einer zweiten Gruppe subsummiert Hernfeld alle die Fälle subchronischer Tripperaffektionen, in denen die notwendige Behandlung (Massage, Instillation, Sonden usw.) eine vorübergehende stärkere, gonokokkenführende Sekretion hervorruft. Er hat eine große Anzahl beobachtet, bei denen diese unvermeidbaren Exazerbationen den ganzen Erfolg der Therapie in Frage stellten und die Patienten für einige Zeit jeder Behandlung unzugänglich machen. Arrhovin bietet nun den eminenten Vorteil, wenn es dieser lokalen Therapie wochenlang intern hinzugefügt wird, diese Sekretion auf ein Minimum zu reduzieren und die ganze Behandlungsdauer erheblich abzukürzen. Arrhovin wird im Chemischen Institut Dr. A. Horowitz, Berlin dargestellt.

VI. Notizen.

Hochschulnachrichten. Prag: Prof. Dr. Arnold Pick (deutsche Universität) und Prof. Dr. J. Reinsberg (böhmische Universität) erhielten den Titel und Charakter eines Hofrates.

München: Dr. W. Brasch habilit. sich für innere Medizin.

Leipzig: Als Privatdozent für Hygiene habilitierte sich Dr. Paul Schmidt.

Tübingen: Prof. Dr. Karl Menge in Erlangen hat die Berufung auf das geburtshilfliche Ordinariat an der Tübinger Universität abgelehnt.

Graz: Der außerordentliche Professor der Chirurgie an der hiesigen Universität und Primarius an der chirurgischen Anstalt des städtischen Krankenhauses Dr. Frwin Payr hat eine Berufung als ordentlicher Professor der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Klinik an der Universität Greifswalde erhalten und angenommen.

Paris: Prof. Grancher, einer der rührigsten Anhänger der Ideen Pasteurs und Vorkämpfer der Prophylaxe der Tuberkulose, ist, 64 Jahre alt, einer langwierigen Tuberkulose erlegen.

Gestorben: Dr. Berthold Bosse, Primarius des Kaiserin-Elisabeth-Wöchnerinnenheimes „Lucina“ in Wien. — Sir. William Broadbent, königl. Leibarzt in London.

Nach dem XXXI. Jahresberichte des Kronprinz-Rudolf-Kinderspitales in Wien III. (Primarius Dr. H. Gnändinger) waren im Jahre 1906 17.743 Kinder ambulatorisch behandelt, 222 Kinder gegen Diphtherie immunisiert, 266 Kinder der Schutzpockenimpfung unterzogen und 1110 Kinder im Spitale verpflegt worden. Es erstreckte sich somit die Tätigkeit des Spitales im Jahre 1906 im ganzen auf 19.341 Kinder. An Diphtherie waren 304 Kinder erkrankt, davon sind 27 Kinder gestorben = 8·88%. Sämtliche diphtheriekranken Kinder wurden mit Diphtherieheilserum behandelt. Was die eingespritzte Serummenge betrifft, so wurden in fünf leichten Fällen von Rachendiphtherie 300 Injektionseinheiten resp. €00 Injektionseinheiten injiziert, bei schwereren Fällen wurden 1000 bis 2000, im Maximum 5000 Injektionseinheiten injiziert.

Die Erblichkeit des Schielens gilt als eine durch viele Erfahrungen erhärtete Tatsache. Dennoch ist ein Fall erwähnenswert, den Dr. v. Sicherer aus München in der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ schildert, weil dabei das Schielen besonders eigenartig durch vier Geschlechter vererbt worden war. Der Stammbaum beginnt mit einem Mann, der auf dem linken Auge schielte, während seine Frau in dieser Hinsicht durchaus normal war. Der aus dieser Ehe hervorgegangene Sohn hatte schon von frühester Kindheit an ein einwärts schielendes linkes Auge, das gleichzeitig auch schwach- und weitsichtig war, während das rechte in jeder Hinsicht als gesund bezeichnet werden konnte. Auch dieser Mann heiratete wieder eine nichtschielende Frau und hatte mit ihr drei Kinder, von denen zwei Mädchen nicht schielten, ein Knabe jedoch wieder die Fehler seines Großvaters auf dem linken Auge geerbt hatte. Man könnte es für einen Zufall halten, daß gerade die Mädchen dieser erblichen Belastung entgingen, aber bei den Sprößlingen einer zweiten Ehe, die derselbe Mann einging, setzte sich die Vererbung in gleicher Weise fort. Auf das älteste Mädchen der zweiten Ehe war wenigstens noch die Schwach- und Weitsichtigkeit des linken Auges übertragen, während noch zwei weiter folgende Mädchen wieder ganz davor bewahrt blieben, zwei Söhne dagegen das alte Familienleiden mit auf die Welt bekamen. Immer wieder zeigte sich bei den Knaben das Schielen des linken Auges in Verbindung mit Schwach- und Weitsichtigkeit. Der Vater dieser zahlreichen Familie war auch seinerseits eines von 16 Geschwistern, und auch unter diesen war das Schielen weit verbreitet und auch auf die Kinder übertragen. In einer dieser verwandten Familien hatte das alte Leiden eine Generation übersprungen uud sich dann wieder in ganz gleicher Form nur auf die Knaben und nicht auf die Mädchen vererbt.

Chirurgen in früherer Zeit. Unter der Spitzmarke „Autour du scalpel“ schreibt Dupont-Ferrier im „Journal des Debats“: Unsere Chirurgen sind ohne Zweifel ihren Vorgängern weit überlegen, aber so schöne Kostüme, wie jene, haben sie nicht. Auf seiner Mauleselin sitzend, um die Schultern eine mantelartige Robe, die fast den Boden berührte, um die Hüften eine breite Binde als Gürtel, helle Handschuhe an den Händen und an den Armen Manschetten, eine weiße Halskrause über dem Hermelinkragen, das Haupt bedeckt mit einem breitrandigen Hute, zu dem manchmal noch eine Kapuze gehörte, so zog der Chirurg von 1586 stolz und sieghaft durch die Welt. Die Renaissance hatte ihm eine höhere soziale Stellung gegeben, und darüber freute er sich. Die Macht seiner heiligen Schutzpatrone, Cosmas und Damianus, verklärte seinen Beruf: wußten die beiden Heiligen doch Krebskranke zu heilen. Eines Tages lag in ihrer Kirche zu Rom ein armer Mann, der am Beine einen Krebs hatte, in inbrünstigem Gebete auf den Knien und flehte um Hilfe. In seinem Schlafe erschienen ihm dann die Heiligen, der eine hielt eine Büchse mit Salben, der andere ein Seziermesser. — „Man muß dieses Bein abschneiden,“ sagte Cosmas, „aber wie soll man es dann wieder ersetzen?“ — „Nichts ist einfacher als das,“ erwiderte Damianus, „man hat soeben einen Mauren beerdigt, eines seiner Beine wird uns nützlich sein.“ Als der Kranke erwachte, war er geheilt. Sein neues Bein war zwar etwas schwärzlich, aber darum machte er sich keine Sorgen. In Paris hatten die Chirurgen mehr als einen Kummer: sie wollten gesellschaftlich den Ärzten und nicht den Barbieren gleich geachtet werden. Es kam gar nicht selten vor, daß am Bette eines Schwerkranken der Chirurg und der Arzt sich die gemeinsten Beleidigungen ins Gesicht schleuderten. Die Ärzte schienen ihnen immer zu hoch zu stehen und die Barbiere nie niedrig genug. Guillaume Baillou sagte, daß die Chirurgen weder zu schweigen noch zu sprechen verständen. Die Barbiere dagegen scheuten sich nicht, ihre Heilkunst mit einem großen Wortschwall anzupreisen. Leopold Deliske veröffentlichte einmal die Reklame eines Pariser Barbiers aus dem 16. Jahrhundert. Dieser Barbier kurierte die Kranken schmerzlos durch Tränklein, Salben und Schwitzmittel. „Und wenn einer durch Diät behandelt werden will, wird es ihm der genannte Barbier auch ehrlich besorgen.“ Weiter hieß es in der Anpreisung: „Und wenn einer da ist, der ein Loch im Gaumen hat, und wenn er wegen dieses Loches durch die Nase spricht, so soll er zu mir kommen, und er wird mit Gottes Hilfe gut sprechen können.“ Neuere Forschungen des Doktors C. A. C. Wickersheimer zeigen uns, daß in der Provinz Barbiere und Chirurgen besser miteinander auskamen als in Paris. In manchen Städten war ihnen an gewissen Feiertagen jede Operation verboten; die Patienten hatten sich danach zu richten. In Verdun durften die Chirurgen und Barbiere einen Kranken erst nach dem Besuch des Priesters operieren, „dieweil die Krankheit des Körpers oft ihre Quelle in der Sünde hat.“ Den Barbieren und Chirurgen zu Reims war es von den Stadtschöffen verboten, in ihrem Hause Schweine zu füttern. In Nimes lebte ein Chirurg, der niemals von Gewissensbissen gepeinigt war: Als er einmal erkannte, daß ein Patient für die Behandlung nicht genug zahlte, verursachte er ihm durch ein Geheimmittel Schmerz in seiner Wunde, um ihn als Patienten zu behalten. Es gab aber auch selbstlose Chirurgen: in Marseille z. B. konnten sich arme Leute jeden Montag umsonst operieren lassen. Als Harlekin Chirurg geworden war, hatte er ein unfehlbares Mittel, die Buckel aus der Welt zu schaffen. „Wie machst du das?“ fragte ihn ein Buckliger. — „Ich lege dich unter eine große Kelter und drehe dann langsam das Rad herum.“ — „Ich werde aber schreien!“ — „Das kümmert mich nicht! Ich werde immer meinen Weg weitergehen und das Rad noch einmal herumdrehen.“ — „Das wird doch aber mein Tod sein!“ — „Darauf kommt es bei einer Operation nicht an; die Hauptsache ist, daß du dann gerade sein wirst, wie eine Querpfeife.“ P.

Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1906 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—;** nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—.**

Medizinischer Zeitungsverlag
Telephon 22152. Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 34. Wien, 24. August 1907. **Nr. 34.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13313) zu senden.

Über Resorption und Ausheilung von entzündlichen Infiltraten in den samenleitenden Organen.

Von **Dr. Ernst R. W. Frank,** Berlin.

(Schluß.)

Unter 33 Fällen konnte Finger dreimal eine Obliteration beider Ductus ejaculatorii an ihrer Mündung durch Sektion nachweisen. Der zu diesen Obliterationen führende entzündliche Prozeß ist meist die Folge gonorrhoischer Erkrankungen der Vorsteherdrüse, welche entweder durch Abszedierung oder durch Bildung von Infiltraten zum Verschluß der Duktus führt. Auch die Kollikulitis kann durch bindegewebige Rückbildungen entzündlicher Infiltrate zum Narbenverschluß der Ductus ejaculatorii führen. Fürbringer beschreibt hiehergehörige Fälle.

Da einerseits alle therapeutischen Bestrebungen, welche auf die Beseitigung der Azoospermie gerichtet waren, sich als völlig aussichtslos erwiesen, und da andererseits trotz völliger Obliteration der Samenwege die samenbereitende Tätigkeit der Hoden Jahrzehnte hindurch völlig erhalten bleibt, so lag der Gedanke nahe, durch einen chirurgischen Eingriff die Wegsamkeit der samenleitenden Organe wieder herzustellen. Schon bevor Fürbringer seine chirurgische Revision der obliterierten Partien empfohlen hatte, wobei ihm von vornherein der Gedanke einer daran anzuschließenden Restitution vorschwebte. hatte Bardenheuer auf Grund experimenteller Untersuchungen am Tier die Resektion des Nebenhodens mit nachfolgender Implantation des Samenleiters in der Rete testis oder den Nebenhodenkopf bei Nebenhodentuberkulose in einer Reihe von Fällen ausgeführt. In keinem seiner Fälle gelang es ihm. die Azoospermie zu beseitigen. Ebenso wenig Erfolg hatten die von Sanfelice und Fabrini ausgeführten Eingriffe. Unabhängig voneinander haben Scaduto und Rasumowski eine Reihe von Fällen operativ behandelt und eine ganz detaillierte Operationstechnik angegeben. Sie hatten ebenso wenig Erfolge zu verzeichnen. wie einige Zeit später Bogoljuboff, der besonders zahlreiche Versuche an Tieren ausführte und ebenso wie Lynn Thomas und Hook den Nachweis erbrachte, daß die Durchschneidung des Samenstranges und die Einpflanzung desselben in den Kopf des Nebenhodens nicht notwendig zu einer abermaligen Obliteration des engen Lumens führt. Der auch von Posner und Cohn zitierte Fall von Martin, Carnett, Levi und Pennington, in welchem dieselbe auf dem genannten chirurgischen Wege eine Azoospermie nach Epididymitis gonorrhoica duplex mit vollem Erfolg behandelt haben sollen, darf, wie Fürbringer sehr richtig sagt, nicht überschätzt werden. Es hat sich nämlich in diesem Falle überhaupt nicht um eine Azoospermie gehandelt; der betreffende Patient hatte zwar eine doppelseitige Nebenhodenentzündung durchgemacht, es bestand aber bei ihm keine Azoospermie, sondern eine Oligozoospermie. Es hat die Epididymitis duplex durchaus nicht immer absolute Sterilität im Gefolge. So fand Benzler in 24 Ehen, deren Männer eine doppelseitige Nebenhodenentzündung durchgemacht hatten, nur 10 mal (= 41·65%) absolute Sterilität. Es kann also der Martinsche Fall in keiner Weise als Beweis für die Heilung einer Azoospermie auf chirurgischem Wege angesehen werden. Schließlich versuchten im Jahre 1904 Posner und Cohn nochmals den Fürbringerschen Gedanken einer therapeutischen Revision zu realisieren. In 6 Fällen haben sie in Gemeinschaft mit Litthauer und Bodenstein teils in der bereits angegebenen Weise operiert, teils den Versuch einer Anastomose des Vas deferens mit dem Nebenhoden gemacht. Das Resultat war in allen Fällen ein negatives. Wenn die genannten Autoren trotz ihrer negativen Resultate für die Zukunft von der Operation etwas erhoffen, z. B. wenn dieselbe in früheren Stadien ausgeführt werden könne, so ist dem entgegenzuhalten, daß selbst der eifrigste Verfechter dieser Methode, Fürbringer, sich im Jahre 1900 dahin geäußert hat, daß er in neuerer Zeit mehr und mehr von der chirurgischen Revision Abstand genommen habe, da ihr bislang stets negativer Ausfall es zu der in Aussicht genommenen Operation gar nicht habe kommen lassen.

Man wird sich also den anatomischen Darlegungen Simmonds anschließen müssen, der auf Grund seiner an 1000 Männern ausgeführten Sektionen zu dem Resultat kommt, daß eine Behandlung der Azoospermie, speziell eine chirurgische Inangriffnahme derselben nur wenig Aussicht auf Erfolg bietet. „Von einer Entfernung der Nebenhodenschwielen", sagt Simmonds, „ist selbstredend ganz abzusehen und eine Resektion der Samenleiterstrikturen mit nachfolgender Vereinigung der Stümpfe, wie das experimentell mit Erfolg an Tieren ausgeführt wurde" — und in dem Fall von Lynn Thomas auch am Menschen — „wird, abgesehen von der



großen technischen Schwierigkeit, oft an der Multiplizität der Strikturen scheitern". Während also schon die anatomischen Tatsachen die operative Beseitigung der Azoospermie wenig aussichtsvoll erscheinen lassen, fehlt merkwürdigerweise bis jetzt in der Literatur vollständig ein Eingehen auf die physiologischen Verhältnisse. Der außerordentlich kunstvolle und komplizierte Bau des Nebenhodens weist doch unbedingt darauf hin, daß diesem Organ eine physiologische Bedeutung für die Fortbewegung der Samenfäden zukommen muß. Es wäre sonst nicht einzusehen, weshalb die Natur diesen Kanal so außerordentlich lang gestaltet und mit Einrichtungen versehen hätte, welche eine außerordentlich langsame Fortbewegung der Samenfäden im Nebenhodenkanal bedingen.

Nun wissen wir, daß die Spermatozoen im Hoden unbeweglich liegen. Aus den Untersuchungen Eberths geht hervor, daß dies auch bei den im dicken Sperma des Nebenhodenkopfes befindlichen Samenfäden der Fall ist. Entnimmt man aber dem mit flüssigem Sperma gefüllten unteren Abschnitt des Nebenhodens, dem Schwanze, Spermatozoen, so bewegen sich dieselben frei.

Aus den Untersuchungen von Aigner, Fuchs und Gurwitsch wissen wir, daß das Zylinderepithel, welches die Kanälchen des Nebenhodens auskleidet, sezernierende Zellen enthält. Dieselben besitzen, ähnlich wie die gleichzeitig mit ihnen vorhandenen Flimmerzellen, Büschel von Plasmafäden. Letztere aber zeigen zum Unterschied von den Flimmerzellen keine Bewegung, sondern stehen in inniger Beziehung zur Sekretbildung, wie Fuchs und Gurwitsch durch außerordentlich exakte mikroskopische Untersuchungen nachgewiesen haben. Dieses Sekret ist nicht nur Nährmaterial, sondern auch Verdünnungsflüssigkeit für die Samenfäden und hat, ähnlich wie das Sekret der Samenblasen und noch mehr, wie Fürbringer nachgewiesen hat, das der Vorsteherdrüse die physiologische Bestimmung, den Samenfäden diejenige Beweglichkeit zu verleihen, welche dieselben befähigt, den langen Weg aufwärts bis in die Samenblasen zurückzulegen. Schaltet man das Organ, welches diese Sekrete liefert, den Nebenhodenschwanz aus, so bewirkt man dadurch, auch wenn es gelingen sollte, die Durchgängigkeit des Kanales wieder herzustellen, daß dauernd die Möglichkeit der Fortbewegung der Samenfäden illusorisch wird. Der Gedanke einer chirurgischen Restitutio ad integrum könnte sich, gestützt durch die Mitteilungen Garrès auf dem letzten Naturforscher- und Ärztekongreß in Stuttgart, nur in der Richtung der Transplantion bewegen.

Ich beabsichtige, die Möglichkeit eines solchen Eingriffes an Tieren zu studieren.

Bei der Aussichtslosigkeit der Therapie der Azoospermie frägt es sich nun, ob und wie man das Zustandekommen derselben nach Möglichkeit verhüten könne, und diese Möglichkeit ist naturgemäß gegeben in einer rechtzeitig und mit geeigneten Mitteln durchzuführenden Tripperbehandlung. Auf einige dahingehende Maßnahmen habe ich bereits in früheren Arbeiten hingewiesen. Gelingt es nicht, die Nebenhodenentzündung zu vermeiden, so kommt alles darauf an, dieselbe gleich im Beginn ihres Entstehens und im akuten Stadium richtig zu behandeln. In dieser Beziehung hat Finger bereits im Jahre 1898 in seiner Monograpie über die Pathologie und Therapie der Sterilität beim Manne einen sehr bemerkenswerten Fingerzeig gegeben, der leider noch viel zu wenig Beachtung gefunden hat. Finger weist darauf hin, daß die Eisbehandlung der Epididymitis die entzündlichen Erscheinungen, besonders die subjektiven, sehr rasch beseitigt, daß aber nach derselben stets auffallend derbe und massige Infiltrate zurückbleiben, welche der Resorption großen Widerstand entgegensetzen. Die Beobachtungen Fingers, mit denen die meinigen völlig übereinstimmen, veranlaßten mich, seit etwa 8 Jahren alle Nebenhodenentzündungen mit möglichst starker Hitzeapplikation zu behandeln. Ich bediente mich zu diesem Zwecke der Thermophore und habe dieselben jetzt durch eine Vorrichtung ersetzen lassen, welche aus einer Kombination von Asbestfäden mit dünnen, schmiegsamen und isolierten Drähten besteht. Die völlig weiche und schmiegsame Vorrichtung wird über das Suspensorium gelegt, die Beine des Patienten sind durch ein die Außenseite der Kappe überziehendes Wollgeflecht geschützt. Die Vorrichtung kann an jeden Schaltkontakt der elektrischen Leitung angeschlossen werden und liefert in kürzester Zeit den nötigen Hitzegrad, welcher durch einen kleinen Rheostaten beliebig regulierbar ist. Sobald der Patient das Bett verlassen kann, füge ich seit einiger Zeit noch die Applikation heißer Moorbäder hinzu. Die Moorbäder wurden den Patienten in dem Institut des Herrn Kollegen Tobias unter dessen persönlicher Leitung verabfolgt, teils in der Form von Abkochungen von Franzensbader Moor (18 bis 20 Pfd. pro Bad) oder in aufgelöstem Mattonischen Moorextrakt. Bei letzterem macht sich der Geruch häufig unangenehm bemerkbar. Die Temperatur der Bäder beträgt anfänglich 40° C und wird bis zu 45° C, je nach der Erträglichkeit der Patienten auch bis zu 48° C langsam gesteigert. Nach dem Moorbad wird ein Reinigungsbad von 37° C verabfolgt, dem zweckmäßig eine kühlere Dusche oder Teilwaschung folgt. Unter dieser Hitzeapplikation, verbunden mit zweckmäßigen medikamentösen Maßnahmen (im letzten Jahre habe ich mich mit gutem Erfolge des Fibrolysin bedient, welches natürlich nur bei frischen Fällen und unter gleichzeitiger Hitzeapplikation erfolgreich sein kann), gehen die akuten Erscheinungen, sowohl die subjektiven, wie die objektiven außerordentlich rasch zurück. Niemals kommt es zur Bildung von harten, derben Infiltratmassen, wie ich sie vor dieser Behandlung stets gesehen habe. Der Nebenhoden nimmt nicht nur sehr bald seine gewöbnlichen Dimensionen wieder an, sondern seine Konsistenz wird in auffallend kurzer Zeit eine weiche, und sehr häufig ist nach einigen Monaten bei der Palpation kaum mehr eine Spur der Veränderung nachzuweisen. Leider hatte ich es bisher verabsäumt, am Ende der Behandlung jedesmal eine Untersuchung des Ejakulates vorzunehmen. Es wird Aufgabe einer späteren Arbeit sein, über die diesbezüglichen Resultate zu berichten, da dies nur auf Grund einer sorgfältigen Enquete möglich ist. Bei drei Patienten, welche vor einem Jahr, vor zwei Jahren und vor einem halben Jahre an doppelseitiger Epididymitis von mir behandelt worden waren, habe ich im Ejakulat bewegliche Spermatozoen nachweisen können.

Ich bin überzeugt, daß die exakte Durchführung dieser, durch die Fingerschen Untersuchungen angeregten Therapie den Prozentsatz der Azoospermie und damit die Sterilität der Ehen ganz erheblich zu vermindern geeignet ist.

Literatur.

Aigner, Über das Epithel im Nebenhoden einiger Säugetiere und seine sekretorische Tätigkeit, Sitzungsber. d. Wiener Akademie, Math.-naturwiss. Kl., Bd. 109, 1900.

Bardenheuer, Die operative Behandlung der Hodentuberkulose durch Resektion der Nebenhoden. Mitteil. aus dem Kölner Bürgerhospital, 3. Heft, 1866.

Beigel, Pathologische Anatomie der weiblichen Sterilität, 1878.

Bell, Abhandlungen über den bösartigen Tripper. Leipzig 1794.

Benzler, Sterilität und Tripper. Archiv f. Dermatol. u. Syphilis, 1898.

Bogoljuboff, Langenbecks Archiv f. klin. Chir., 1900, Bd. 70, Heft 3.

Busch, Über Azoospermie bei gesunden und kranken Menschen. Zeitsch. f. Biol., Bd. 18, 1883.

Bergh, Gonorrhoische Entzündungen der Samenleiter. Hospit. Tidende, 1868.

Derselbe, Über Aspermatozie und Aspermatismus. Vierteljahrsschr. f. Dermatol. u. Syph., 1879.

Casper, Impotentia et sterilitas virilis. Berl. klin. Wochenschrift 1890.

Cordes, Untersuchungen über den Einfluß akuter und chronischer Allgemeinerkrankungen auf die Testikel. Virchows Archiv, Bd. 151, S. 402.

Darvaris, De l'orchite et l'epidymite blennorrhagique. Thèse, Paris 1871.

Eberth, Die männlichen Geschlechtsorgane. Handbuch der Anatomie d. Menschen v. Bardeleben, 2. Teil, Abt. 2, 1904.

Fabrini, Effeti sul testicolo della resecione transversale del l'epididimo. Clinica moderna, Anno IV, No. 47, 48, 49.

Finger, Die Pathologie und Therapie der Sterilität beim Manne. Leipzig 1898.



Frank, Ernst, Über den heutigen Stand der Gonorrhoetherapie. Medizin d. Gegenwart, 1897.
Derselbe, Die gonorrhoische Erkrankung der Vorsteherdrüse. Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sexuelle Hygiene, III. Jahrg., 1906, H. 1.
Fürbringer, Über Prostatafunktion und ihre Beziehung zur Potentia generandi der Männer. Berliner klin. Wochenschr. 1886, Nr. 29.
Derselbe, Die Störungen der Geschlechtsfunktionen des Mannes. Nothnagel, Spez. Pathol. u. Therapie, 19. Bd, 3. Teil.
Derselbe, Funktionelle Störungen des männlichen Geschlechtsapparates. Epstein und Schwalbe, Handbuch d. prakt. Med., III. Bd., 1. Teil.
Fuchs, Über das Ependym. Verhandl. d. Anat. Gesellsch. zu Halle, 1902, S. 226.
Godard, Anatomie patholog. de l'epididymite blenn. aigue. Gaz. méd., Paris 1856.
Gosselin, Nouvelle étude sur l'oblitération des voies spermatiques et sur la stérilité consecutive à l'epididymite bilat. Arch. gén. de méd., 1853.
Gross, A pract. treatm. in impotence etc. Philad., 2. Ed., Edinbourgh 1887.
Gurwitsch, Die Haarbüschel der Epithelzellen im Vas epididymitis des Menschen. Archiv f. mikr. Anat., Bd. 59, 1901.
Heitzmann, New York med. Journ., 1879.
Hook, Med. News, 30. Juni 1894. Ref. Monatsh. f. Dermatol., 1896, S. 218.
Kehrer, Zur Sterilitätslehre. Beitr. z. klin. u. exper. Geburtskunde u. Gyn., Gießen 1879.
Kohn, Ein Fall gonorrhoischer Entzündung des Samenstranges. Wiener med. Presse, 1870.
Lehrich, Die Azoospermie. Kiel 1891.
Lier und Ascher, Beiträge zur Sterilitätsfrage. Zeitschr. f. Gehurtsh. u. Gyn.. Bd. 18, H. 2, 1890.
Liégeois, Infl. des malad. du test. et de l'epidid. sur la composition du sperme. Annal. de dermatol., 1869, Nr. 5.
Levin, Deutsche Klinik, 1861.
Levy, Die männliche Sterilität. Leipzig 1889.
Lynn Thomas, A method for anastomosis a severed vas deferens. Brit. med. Journ. 1904, Bd. 1, p. 13.
Martin, Carnett, Levi and Pennington, The surgical treatment of sterelity due to obstruction at the epididymis together with a study of the morphology of human spermatozoa. University of Pennsylvania medical Bulletin, March 1902, Nr. 1. Ref. von Fürbringer, Deutsche med. Wochenschr. 1902, Literaturbeil., S. 147.
Neisser, Tripppererkrankung und Ehe in Senator u. Kaminer, Krankheiten der Ehe, Spez. Teil, S. 421.
Neumann, Wiener allgem. med. Zeitung, 1884.
Nögerrath, Über latente und chronische Gonorrhoe beim weiblichen Geschlecht. Deutsche med. Wochenschr. 1887, S. 49.
Nussbaum, Einfluß des Hodensekretes auf die Entwicklung der Brunstorgane des Landfrosches. Sitzungsber. d. Niederrhein. Gesellsch., 23. Oktober 1904.
Derselbe, Sitzung vom 21. Mai 1906.
Derselbe, Innere Sekretion und Nerveneinfluß. Anatom. Anzeigen, Bd. 29, S. 431, 1906.
Derselbe, Ergebnisse der Anatomie und Entwicklungsgeschichte, Bd. 15, S. 39, 1906.
Olshausen, Über Fortpflanzungsfähigkeit. Schwangerschaft und Geburt. Klin. Jahrb., 11. Bd., 1903, S. 117 ff.
Posner und Cohn, Zur Diagnose und Behandlung der Azoospermie. Deutsche med. Wochenschr. 1904, Nr. 29, S. 1062.
Rapin und Guelliot, Les vésicules séminales. Paris 1883.
Rasumowski, Eine neue konservative Operation am Hoden. Archiv f. klin. Chir., Bd. 65, H. 3, S. 557.
Rosthorn, Über die Folge der gonorrhoischen Infektion bei der Frau. Prager med. Wochenschr. 1892, Bd. 17, Nr. 12, 23.
Sanfelice, Spermatogenesi dei vertebrati. Bulletino della Società dei naturalisti in Napoli, Genaio 1888.
Scaduto, Résection de l'epidyme et anastomose du canal déférent avec le corps d'Highmore. Annal. des malad. d. org. gén.-urin., 1901, p. 257.
Schlemmer, Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med., 1877.
Simmonds, Die Ursachen der Azoospermie. Deutsches Archiv f. klin. Med., Bd. LXI.
Sinéty, Observations rélat. à la stérilité chez l'homme. Gaz. méd. 1881, Nr. 22.
Térillon, Des altérations du sperme dans l'epididymite blenn. Annal. de derm. 1880.
Ultzmann, Über Potentia generandi. Wiener Klinik 1879.
Zeissl, Wiener med. Blätter 1885, Nr. 15—17.

Zur Bekämpfung der Tuberkulose.

Das deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose trat in Berlin Ende Mai im Plenar-Sitzungssaale des Reichstagshauses zu seiner elften Generalversammlung zusammen. Der Vorsitzende, Staatssekretär des Innern Graf von Posadowsky-Wehner, wies in seiner Begrüßungsansprache auf die Tätigkeit des Zentralkomitees im vergangenen Jahre hin. Nach besten Kräften und mit den vorhandenen Mitteln seien die Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberkulose nicht nur weiter gefördert, sondern auch nach verschiedenen Richtungen hin erweitert worden. Unterkunft und Pflege werde neuerdings auch solchen Kranken zuteil, deren Heilung kaum noch zu erwarten sei, und die Aufmerksamkeit der Ärzte werde auch den Kranken zugewendet, die in ihren Wohnungen verbleiben. Von wissenschaftlicher und praktischer Seite hätten die Bestrebungen des Zentralkomitees rege Förderung erfahren. Zahlreiche Kranke, die Aufnahme in Heilstätten gefunden hätten, seien mit bestem Erfolge behandelt worden, und es sei schon als eine große Errungenschaft zu begrüßen und müsse als ein wirtschaftlicher Erfolg von großer Tragweite angesehen werden, wenn es gelungen sei, einer Anzahl von Kranken das Leben zu verlängern und ihre Arbeitskraft zu erhalten. Generationen würden erforderlich sein, um die Ziele, die sich das Zentralkomitee gestellt habe, vollständig zu erreichen, aber schon das, was bisher erreicht sei, bilde ein hervorragendes Werk auf dem Gebiete sozialer Fürsorge. — Generalsekretär Dr. Nietner erstattete sodann den Geschäftsbericht, legte die Rechnung für 1906 und den Voranschlag für 1907 vor und berichtete schließlich über den Stand der „Dettweiler-Stiftung“. Er gedachte einleitend der verstorbenen hervorragenden Mitglieder des Zentralkomitees, vor allem des Staatsministers v. Bötticher, des ersten Vorsitzenden, ferner des Prinzen von Arenberg, des ehemaligen Oberpräsidenten v. Nasse. des Präsidenten Gäbel u. a. Die Zahl der Mitglieder, zu der namentlich viele Gemeinden korporativ hinzugekommen sind, ist von 1310 auf 1560 gestiegen. Die Einnahmen setzten sich in der Hauptsache aus 33.000 Mk. Jahresbeiträgen und 60.000 Mk. Reichszuschuß zusammen. Das Gesamtvermögen ist auf 512.000 Mk. gestiegen. Dem Geschäftsführer wurde einstimmig die Entlastung erteilt. Es erfolgte dann die Wahl zweier Rechnungsrevisoren und zweier Stellvertreter und die Zuwahl von Ausschußmitgliedern, womit die geschäftlichen Angelegenheiten erledigt waren.

Geh. Regierungsrat Kehl, Düsseldorf, der stellvertretende Vorsitzende der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, hielt hierauf einen Vortrag über: „Die Tuberkulosebekämpfung auf dem Lande“. Der Redner bezeichnete die Gesundheitspflege auf dem Lande als im allgemeinen der Verbesserung bedürftig. Es müsse zur Bekämpfung der Volkskrankheiten, besonders der Tuberkulose, mehr als bisher geschehen, namentlich durch Aufklärung der Bevölkerung seitens der Behörden, Ärzte, Vereine, Presse, Schule und andere Organe. Ferner seien die allgemeine reichsgesetzliche Durchführung der Krankenversicherung, die Versorgung des Landes mit Ärzten, Erbauung von Krankenhäusern, Einrichtung von Gemeindepflegestellen und Heranziehung der weiblichen Bevölkerung auf dem Lande zu dem praktischen Liebesdienst im Ehrenamte, dringende Forderungen, um eine durchgreifende Besserung der Gesundheitsverhältnisse auf dem Lande herbeizuführen. Den letzten Punkt der Tagesordnung bildete ein ausführlicher Vortrag über: „Die bisherigen Leistungen der Heilstätten“, worüber Geh. Regierungsrat Bielefeld, Lübeck, der Vorsitzende der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte, und Dr. E. Rumpf vom Sanatorium Ebersteinburg bei Baden-Baden referierten.

Im Reichstagsgebäude zu Berlin fand dann die vierte Tuberkulose-Ärzteversammlung statt, die sich an die abgehaltene Generalversammlung zur Bekämpfung der Tuberkulose anschloß. Zunächst sprach Prof. Krause, Jena über „Röntgendurchleuchtung zur Diagnose und Prognose und Prognosenstellung bei Lungenkrankheiten.“ Auch der folgende Vortrag von Stabsarzt Dr. Stuertz, Metz, war „ein röntgenologischer Beitrag zur Frühdiagnose der Lungentuberkulose.“ Aus den von zahlreichen Röntgenbildern unterstützten Vorträgen ging hervor, daß die Röntgendurchleuch-



tung für die Frühdiagnose der Lungentuberkulose von ganz hervorragender Bedeutung ist, und daß bei ausgedehnteren Fällen die Durchleuchtung zur Beurteilung der Ausdehnung der Erkrankung ebenfalls hervorragendes leistet. In der Diskussion wurde diese Ansicht noch verstärkt, doch scharf betont, daß die Röntgendurchleuchtung gegenüber den anderen klinischen Methoden der Feststellung der Erkrankung nicht überschätzt werden darf. — Besonderes Interesse erregte angesichts der jüngsten Angriffe auf den Nutzen der Heilstättenbehandlung der Vortrag des Chefarztes Dr. Schröder, Schöneberg: „Die Dauer der Heilstättenkuren". Die Heilstätten sollen nur Patienten aufnehmen, bei denen sich subjektive und objektive Zeichen einer aktiven Tuberkulose zeigen, während latent Tuberkulöse und abgeheilte chronische Fälle mit Residuen nicht in die Anstalten gehören, sondern in Walderholungsstätten, offenen Kurorten usw. beobachtet und behandelt werden können. Für fieberlose unkomplizierte aktive Tuberkulose der Lungen im Anfangsstadium muß an einer durchschnittlichen Minimaldauer der Kur von drei Monaten in der Heilstätte festgehalten werden. Oft genügt diese Kurdauer auch für chronische stationäre Lungentuberkulose des zweiten und dritten Stadiums, während Komplikationen, wie Fieber, Laryngtuberkulose usw., eine längere Dauer der Kur erfordern. Statistisch läßt sich der Beweis führen, daß der Entlassungs- und Dauererfolg von der Dauer der Kur abhängig ist. Aber die Entlassenen müssen nach Möglichkeit in gewissen Zwischenräumen nachuntersucht werden; vielfach läßt sich der erzielte Erfolg auch durch kürzere Nachkuren befestigen, die auch in Walderholungsstätten und offenen Kurorten stattfinden können. Sicherer wird der Kurerfolg und die Kurdauer gekürzt, wenn die Therapie sich der Individualität der einzelnen Kranken anpaßt. Die jetzt an den Heilstätten wiederholt geübte Kritik wird, wenn sie nach diesen Grundsätzen verfahren, bald verstummen. — Zu demselben Thema hielt Herr Landesrat Dr. Althoff, Münster, ein Korreferat, in dem er speziell die wirtschaftliche Seite der Frage der Heilanstaltsbehandlung erörterte. Daß die Kosten der Behandlung in entsprechendem Verhältnis zum Erfolge stehen, läßt sich regelmäßig nur bei Leichtkranken erwarten, für die bisher eine dreimonatliche Kurdauer für ausreichend und erforderlich erachtet wurde. Der Referent meint mit Rücksicht darauf, daß die Landesversicherungsantsalt Westfalen gleichartige Dauererfolge mit sechswöchigen Kuren im offenen Kurort Bad Lippspringe erzielt hat, daß auch die Heilstätten Versuche mit kurzen Kuren machen sollen.

Die Tagesordnung der folgenden Sitzung lautete: „Stand der spezifischen Behandlung der Tuberkulose." Der Referent, Chefarzt Dr. Bandelier, Kottbus, gab zunächst einen Überblick über die verschiedenen Arten von Tuberkulin, die heute verwendet werden, mit Angaben über die Erfolge, welche nach den Mitteilungen der verschiedenen Ärzte damit erreicht sind. Die neuesten spezifischen Heilmittel sind die Tuberkulase und Tulase von Behring, von denen das erstere neuerdings nur zur Immunisierung von Rindern, das letztere zu der von Menschen benutzt wird. Ausführlich ging der Redner dann auf die von verschiedensten Ärzten mit den verschiedenen Arten der Serumbehandlung erreichten Erfolge ein. Ein abschließendes Urteil läßt sich aber nach der Meinung des Redners über die Erfolge der Serumbehandlung noch nicht fällen. Zukunftsreicher scheint nach ihm die aktive Immunisierung (die mit Tuberkulin) zu sein, mit der die passive (die mit Serum) vielleicht kombiniert werden kann. In der Diskussion teilt Dr. Pickert, Beelitz, mit, daß er in Fällen von Chlorose (Bleichsucht), verbunden mit leichter Tuberkulose, mit Tuberkulineinspritzungen sehr gute Resultate erzielt habe.

Dr. Petruschky, Danzig, hebt hervor, daß es nicht so sehr darauf ankomme, welches Präparat man anwende, sondern wie man es anwende. Es gibt eben kein Heilmittel, mit dem man hexen kann. Das Warten auf irgend ein unfehlbares Behringsches Zukunftspräparat ist deshalb sehr unzweckmäßig. Es gibt verschiedene Systeme der Anwendung des Tuberkulins. Der Redner gibt den Patienten das Tuberkulin in Etappen, doch mag jeder das System wählen, das sich ihm bewährt hat. Unbedingt notwendig ist aber, daß wir eine Dauerstatistik erhalten. (Beifall.)

Dr. Röpke, Melsungen, teilt mit, daß er etwa 40—50 Prozent aller ihm vorkommenden Tuberkulösen mit Tuberkulineinspritzungen behandelt. In den letzten zwei Jahren hat er etwa 10.000 Fälle mit Tuberkulin behandelt; nur in einem einzigen Falle hat er eine Tuberkulin-Schädigung beobachtet, die bei sofortigem Aussetzen der Kur schwand. Demnach glaubt der Redner, daß mit dem Tuberkulin doch mehr erreicht werden kann, als mit der hygienisch-diätetischen Behandlung allein.

Dr. Cremer, Böblingen, hält das Tuberkulin für ein ganz sicheres Heilmittel, wenn es nur richtig und lange genug angewendet wird, abgesehen natürlich von Fällen, die bis zur völligen Unheilbarkeit vorgeschritten sind. Weil die Tuberkulinbehandlung auch die latente Tuberkulose aufspürt, ist sie namentlich auch in den Kinderheilstätten anzuwenden. Diese Verbindung ist das Herz der Tuberkulosebekämpfung. — Dr. Lindemann, Bochum, macht der Begeisterung für das Tuberkulin gegenüber darauf aufmerksam, daß es wesentlich darauf ankomme, wie lange die Heilung oder Besserung anhalte. — Professor Hammer, Heidelberg: die Heilstättenbehandlung muß mit der spezifischen Behandlung kombiniert werden. Die Tuberkulinbehandlung ist nicht auf leichte Fälle beschränkt, sondern kann mit Erfolg auch bei schwereren Fällen angewendet werden. Wenn mehr frühzeitige Fälle mit Tuberkulin behandelt werden, so werden diese auch ohne Heilstättenbehandlung zur Heilung kommen, und in den Heilstätten wird mehr Platz für schwerere Fälle geschaffen. — Prof. Dr. Neisser, Stettin: Der Umstand, daß viele mit Tuberkulin Behandelte, die zunächst die Bazillen im Sputum verlieren, sie später bei ihrer gewohnten Arbeit wieder bekommen, kann nicht gegen die Anwendung des Tuberkulins sprechen. Überhaupt aber muß betont werden, daß die verschiedenen Behandlungsweisen mit einander kombiniert werden müssen, die in Heilstätten, Walderholungsstätten usw. mit spezifischer Behandlung.

Dr. Joël, Görbersdorf: Es ist doch nötig, zu betonen, daß es auch viele Ärzte gibt, die die Tuberkulinbehandlung zwar nicht direkt ablehnen, aber doch sehr skeptisch ihr gegenüberstehen. Spezifische Mittel sind die verschiedenen Tuberkuline jedenfalls, ob aber auch spezifische Heilmittel, ist doch sehr zweifelhaft. Wir sind heute noch nicht so weit, daß wir jeden Fall von beginnender Tuberkulose mit den uns heute zur Verfügung stehenden spezifischen Mitteln heilen können. In ganz leichten Fällen — und nur in solchen sind ganz unzweifelhafte dauernde Heilungen erzielt — brauchen wir spezifische Heilmittel nicht, da erzielen wir auch auf diätetisch-hygienischem Wege dauernde Heilung. Weiter kommt hinzu, daß man in keinem Falle vorhersagen kann, ob eine Tuberkulinschädigung eintreten wird oder nicht. Man darf uns also eine vorläufig abwartende Stellung nicht verübeln. (Beifall.)

Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Wolff, Berlin, hebt Dr. Joël gegenüber hervor, daß in der Königl. Poliklinik für Lungenkranke eine schädliche Wirkung des Tuberkulins niemals beobachtet sei, wohl aber eine günstige Wirkung selbst in schweren Fällen. Darnach sei er von der Heilwirkung des Tuberkulins überzeugt. — Dr. Pitonschky, Danzig, gibt Dr. Joël gegenüber seiner Genugtuung darüber Ausdruck, daß die Tuberkulingegner sich jetzt darauf beschränken, zu betonen, daß das Tuberkulin kein Allheilmittel sei, das aber behaupten auch die Tuberkulinfreunde nicht.

Noch eine Reihe weiterer Ärzte spricht sich durchweg günstig über die Tuberkulinbehandlung aus; welches Tuberkulin angewendet wird, scheint ziemlich gleichgültig, doch zieht eine Anzahl von Ärzten das Alt-Tuberkulin von Koch den neueren Präparaten vor. Mit dem neuesten Behringschen Präparat, Tulase, liegen für ein Urteil ausreichende Versuche noch nicht vor. — Nach einem kurzen Schlußwort des



Referenten wird die Sitzung und damit die diesjährige Tagung der Tuberkulose-Ärzte geschlossen.

*

In der Diskussion über die wichtige Frage der Dauer der Heilstättenkuren waren die Ansichten nicht vollständig übereinstimmend. Dr. Petruschky. Danzig, begrüßte die Anregung des Korreferenten, Landesrats Dr. Althoff, und meinte, wie die spezifische Behandlung der Tuberkulose mit Tuberkulin in Etappen vorgenommen werde, würde es sich vielleicht auch empfehlen, die Heilstättenbehandlung, die überhaupt nur ein Glied in der Behandlung der Tuberkulose sein dürfte, etappenweise vorzunehmen. Dr. Scherer, Bromberg, warnte dagegen vor jeder Abkürzung der Heilstättenbehandlnng, die im allgemeinen nicht zu lang, sondern zu kurz sei. Unter großem Beifall übte Dr. Roepke, Melsungen, der früher die Heilstätte Lippspringe leitete und während einer Saison auch Badearzt von Lippspringe war, scharfe Kritik an dem von der Badeadministration zu Reklamezwecken verbreiteten Material. Seine Nachprüfung hat ergeben, daß die Zahl der im ersten Stadium Erkrankten in Bad Lippspringe Behandelten dreimal so groß war, wie in der Heilstätte, die Zahlen der im zweiten und dritten Stadium Erkrankten dagegen $4^1/_2$ bezw. $2^1/_2$ mal so klein. Einige 80 Prozent werden als Dauererfolge gerühmt. Dies ist nur möglich, weil der Prozentsatz nicht von der Zahl der Behandelten, sondern von der der Kontrollierten berechnet wird. (Große Heiterkeit.) Die Nachprüfung ergab, daß diese mehr als 80 Prozent auf 11·5 Prozent zusammenschrumpfen. Der Kritiker der Heilstätten, Cornet, nimmt diese Zahlen unkritisch auf, um sie als Material zur Empfehlung der offenen Kurorte zu benutzen. (Heiterkeit.) Fest steht, daß in Bad Lippspringe die günstigsten Fälle untergebracht sind und eine große Zahl Fälle, bei denen es sich um andere Erkrankungen der Lunge handelt, als Tuberkulose, und eine weitere Anzahl Fälle, bei denen es sich überhaupt nicht um Lungenkranke handelt. Die aus dem Lippspringer Material gezogenen Schlüsse sind daher hinfällig. (Großer Beifall.) Allgemeine Übereinstimmung zeigte sich in der Diskussion mit der scharfen Hervorhebung des Satzes durch den ersten Referenten, daß in den Heilstätten nur Patienten mit subjektiven und objektiven Zeichen einer aktiven Tuberkulose Aufnahme finden sollen.

II. Referate.

Giftwirkungen des Typhusbazillus. Von Prof. Oskar Bail. Die Arbeit stammt aus dem hygienischen Institute der Universität Prag und umfaßt über 150 Kaninchen. B. beabsichtigt, sie ausführlich mitzuteilen, sobald Zeit und Tiermaterial zu Gebote stehen, um sie, was dringend notwendig ist, auch auf andere Typhusstämme auszudehnen. Aber bereits in ihrem gegenwärtigen Zustand sind sie geeignet, Interesse zu erwecken, wobei allerdings die größte Kritik geboten ist. Das auffälligste ist, daß das Kaninchen, ein gegen den Typhusbazillus sehr widerstandsfähiges Tier, unter Umständen, besonders bei Verwendung von Serienimpfungen, ein Krankheitsbild aufweisen kann, das zum menschlichen Typhus zweifellose Analogien darbietet. Der Hauptsitz der Veränderungen ist der Darm und auch die Krankheitserscheinungen weisen auf diesen hin. Entzündungen der Schleimhaut, Injektion der Gefäße, Blutungen, Schwellungen des Drüsenapparates wurden überaus häufig beobachtet. Namentlich die Vergrößerung der Plaques ist wichtig. Diese sind schon im normalen Kaninchendarm groß und sichtbar, weshalb Vorsicht bei der Beobachtung einer einfachen Schwellung nötig ist. In vielen Fällen ließ aber das starke Hervortreten derselben in das Darmlumen, die Rötung und insbesondere die Blutungen keinen Zweifel über ihr starkes Befallensein. Vorsicht ist auch bei Beurteilung der Drüsenschwellungen, namentlich der des Pankreas Aselli, geboten: stark ödematöse Beschaffenheit, Rötung und namentlich wieder Blutungen stellen erst schwere Veränderungen sicher.

Nicht minder wichtig ist die Beobachtung, daß es bei Injektion des klar zentrifugierten Exsudates zu Krankheitserscheinungen wieder von seiten des Darmes mit großer, wenn auch nicht absoluter Regelmäßigkeit kommt, die oben beschrieben sind. Eine Menge von 1·5 cm^3 Exsudat reicht dazu aus, weniger wirkte nur in einzelnen Fällen sicher, über dieses Maß hinauszugehen, verhinderte meist die geringfügige Ausbeute. Die krankhaften Darmerscheinungen waren dabei fast immer, nicht immer Tod oder längere Krankheit zu beobachten. Nur in etwa $1^1/_2$% bis 2% der bisher untersuchten Exsudate war keine Giftwirkung zu beobachten; oft erfolgte noch am Tage der Injektion nach Vorübergang der Prostration und der Diarrhoe Erholung, manchmal waren die Tiere tagelang krank. Wenn Tod eintrat, so geschah dies meist nach zehn bis 12 Stunden, selten früher, manchmal später, und dann meist mit einfachem Marasmus. Der Sektionsbefund wies in den akuten Fällen unleugbar eine gewisse Ähnlichkeit mit dem auf, der bei Anwendung bazillenhaltigen Exsudates eintrat, erreichte aber nie dessen starke Ausbildung und insbesondere Blutungen, die erst das Gefühl der Sicherheit in der Beurteilung der Befunde geben, waren recht spärlich. Da diese im Gegensatze dazu, nach Anwendung des bazillenhaltigen, wenn auch verdünnten Exsudates auftraten, so ergibt sich, daß die Darmveränderungen durch von den Bakterien ausgehende Gifte vorbereitet, in ihrer ganzen Schwere aber erst durch Ansiedlung der Bazillen an den betreffenden Stellen veranlaßt werden. Daher kommt es, daß gerade bei Serienimpfungen, wo also Gift und Bazillen übertragen werden, die typischesten Darmveränderungen auftreten; doch wurden sie auch bei großer Bazilleninjektion mehrfach gefunden.

Die auf ihre Giftwirkung geprüften Exsudate waren in der Mehrzahl der Fälle zwar auf das sorgfältigste zentrifugiert und dadurch außerordentlich bakterienarm, aber nicht durch Sterilisation bakterienfrei gemacht worden, was durch die geringe, zur Verfügung stehende Menge der wirksamen Flüssigkeiten und durch deren Labilität bedingt war. Wie der Sektionsbefund zeigte, hatten die mit eingespritzten Bazillen sich während des Ablaufes der Vergiftung in der Regel nur halten können und ergaben nur aus einzelnen Organen noch wenige Kolonien in der Kultur, so daß die Ergebnisse sicher auf Giftwirkung bezogen werden können.

Die wichtigste Frage ist aber die nach der Spezifität der gefundenen Veränderungen. Bekanntlich war gerade das Kaninchen das Hauptversuchsobjekt für jene älteren Versuche von E. Fraenkel und Simmons und von A. Fränkel, welche ganz ähnliche Ergebnisse hatten, wie die oben angeführten, aber von Beumer und Peuper mit dem Hinweis auf die Nichtspezifität derselben bekämpft wurden. Um diesen Punkt genauer studieren zu können, wurde die Veröffentlichung der eigenen Resultate aufgeschoben. Denn es genügt offenbar nicht mehr, ein einzelnes Tier mit einem Bazillus zu injizieren, sondern es müssen Serienübertragungen durchgeführt werden. Solche stehen jetzt, aus Anlaß anderer Versuche angestellt, für Milzbrand, Staphylokokkus und den Bazillus Friedländer zur Verfügung und es muß gesagt werden, daß tatsächlich nach intrapleuraler Injektion dieser Bazillen gelegentlich Darmveränderungen zu beobachten sind, selbst Schwellungen der Plaques, namentlich bei Friedländer, daß sie aber niemals die Regelmäßigkeit und insbesondere die Schwere der Typhusbefunde aufwiesen. Was die Wirkung intravenös gegebener zentrifugierter Exsudate betrifft, so wirken diese bei Staphylokokken ganz anders, bei Milzbrand wirken sie gar nicht, bei Friedländer kann eine solche Untersuchung wegen der dicken Beschaffenheit der Flüssigkeit nicht gut durchgeführt werden. Es fehlen noch Versuche mit näheren Verwandten des Typhusbazillus, deren Resultate natürlich anders beurteilt werden müßten. Bis auf weiteres kann daher die Wirkung von Typhusbazillen und Kaninchenexsudat, besser die vereinte Wirkung beider, als sehr bezeichnend, wenn auch noch nicht als spezifisch angesehen werden. Sie bedeutet jedenfalls einen Fortschritt



gegenüber der Feststellung der Bakterienpathogenität in der Meerschweinchenbauchhöhle, wo die entstandene Peritonitis, ob durch Vibrionen oder Kokken oder Stäbchen erzeugt, absolut nichts Charakteristisches hat.

Was die Beständigkeit der Giftwirkung des Exsudates betrifft, so ist dieselbe jedenfalls nicht groß. Erhitzung auf 56° bis 60° genügt bereits, um die verderbliche Wirkung für den Tierkörper bedeutend zu vermindern; ganz aufgehoben scheint sie (bei Anwendung größerer Mengen) nicht zu sein.

Meerschweinchen zeigen bei Injektion von Mengen, welche Kaninchen töten, keinerlei Krankheitserscheinungen; hingegen tritt die aggressive Wirkung ausnahmslos so stark hervor, daß die relativ sehr wenigen, im zentrifugierten Exsudate enthaltenen Bakterien, deren Zahl auch nicht entfernt an die tödliche Dosis heranreicht, erfolgreich infizieren können. Sterilisiertes Exsudat vertragen sie bis zur Menge von 3 cm^3 ohne jeden Schaden, sowohl subkutan als intraperitoneal. Mehr stand für diese Versuche nicht zur Verfügung. Auch Mäuse scheinen sich nach vereinzelten Experimenten wie Meerschweinchen zu verhalten.

Es erschien von einigem Interesse, zu untersuchen, ob sich auch sonst die eigentümliche Giftwirkung, z. B. bei Kultur des Typhusbazillus, auffinden lasse. Die Resultate waren bisher äußerst schwankend, da größere Mengen nicht injiziert werden können. Immerhin sind einige unzweifelhaft positive Resultate zu verzeichnen, die besonders dann eintraten, wenn die angelegten Kulturen mit größeren Mengen von frischem Kaninchenexsudat beimpft wurden.

Die Mitteilung der Versuche dürfte auch in ihrem gegenwärtigen Zustande von Interesse sein. Denn trotz der Berechtigung, ja Notwendigkeit strenger Kritik kann auch der ärgste Skeptizismus nicht übersehen, daß in denselben eine Annäherung des experimentell erzeugten Krankheitsbildes an das des Menschen erzielt worden ist und daß dieselbe durch Bildung eines Giftes mindestens unterstützt wird. Weitere Untersuchungen mit anderen Stämmen sind freilich notwendig, ehe bindende Schlüsse abgeleitet werden können, die dann z. B. für die Immunisierung bedeutungsvoll wären. Gerade gegenwärtig, wo ein anscheinend ätiologisch fest begründeter Verwandter des Typhusbazillus, der Schweinepestbazillus, in seiner Bedeutung schwer erschüttert ist, erscheint es notwendig, die Ätiologie möglichst einwandfrei zu begründen, was natürlich durch die Erzeugung eines dem menschlichen analogen Krankheitsbildes beim Tiere durch Reinkulturen am sichersten erfolgen kann. Vermögen nun die erwähnten Versuche über die eingangs aufgeworfene Frage, ob Aggressivität und Toxizität im wesentlichen identisch oder voneinander unabhängig seien, Aufschluß zu geben? Zunächst gibt die festgestellte, wenn auch gewiß nicht notwendige Inkonstanz mancher Befunde einen Grund für die leichte Möglichkeit verschiedener Resultate verschiedener Autoren: die Untersuchung ist keineswegs eine leichte und einfache. Dennoch steht fest, daß auch für den Typhusbazillus ähnliche Verhältnisse bestehen, wie sie Kikuchi beim Dysenteriebazillus entdeckt hat: hohe Giftigkeit von Exsudaten, die während der Infektion gebildet sind, für Kaninchen, fehlende, in den gleichen und auch größeren Mengen für Meerschweinchen. Bei letzteren tritt eine Begünstigung der Infektion durch Aggressivität sehr deutlich, bei ersteren fast gar nicht hervor: denn nur ganz selten kam es vor, daß die nur zentrifugierten und dadurch bakterienarmen, aber nicht sterilisierten Flüssigkeiten eine irgend erhebliche Vermehrung der Bazillen im Kaninchen bewirkten. Das scheint bis auf weiteres sehr für eine Unabhängigkeit der aggressiven und toxischen Wirkung zu sprechen; doch darf man dabei nicht vergessen, daß die Injektion bei Kaninchen eine intravenöse, bei Meerschweinchen eine intraperitoneale war, was möglicherweise einen Unterschied auch in der Wirkung bedingt. Jedenfalls ist damit die Richtung für weitere Versuche vorgezeichnet.

Es kann aber nicht unbeachtet bleiben, daß die schwersten und am meisten charakteristischen Organ- und Darmveränderungen, verbunden mit einer Verbreitung der Bazillen über den ganzen Körper, bei Kaninchen dann eintraten, wenn Exsudat und Bazillen gleichzeitig injiziert wurden. Die Unmöglichkeit, diese Verhältnisse bei dem großen dazu erforderlichen Tierverbrauch eingehend zu studieren, macht sich hier besonders unangenehm fühlbar. Denn da Darmerscheinungen durch bloße Giftwirkungen mindestens vorbereitet werden, könnte diese Vorbereitung notwendig sein, damit die sich später ansiedelnden Bazillen die oft sehr hochgradigen Darmveränderungen bewirken. Sichergestellt ist, daß Meerschweinchen durch Kaninchenexsudate nicht merkbar krank werden; eine Steigerung der injizierten Menge ist schon durch die Herkunft der Versuchsflüssigkeit über ein gewisses Maß hinaus unzulässig, mindestens bedenklich. Stellt nun auch für diese Tiere das Kaninchenexsudat ein Gift dar, welches, obwohl untertödlich, dadurch die Infektion erleichtert und Aggressivität vortäuscht? Wäre dies der Fall, so müßte man auch vermuten, daß der Tod an Typhusinfektion bei diesen Tieren ein Gifttod sei und man müßte die Wirkungen des Giftes auffinden können. Nach Analogie mit den Kaninchenbefunden wären die Giftwirkungen am ehesten in Darmveränderungen zu erkennen und tatsächlich wurde bei Serienversuchen eine enorme Schwellung und vollständige blutige Destruktion von Plaques häufig beobachtet, ein Befund übrigens, der schon in der älteren Literatur mehrfach (z. B. bei Beumer und Peiper) verzeichnet ist.

Es dürfte somit wohl auch bei der Meerschweincheninfektion Vergiftung eine Rolle spielen, aber es sei nochmals auf den trotz der Verschiedenheit der Versuchsbedingungen auffallenden Gegensatz hingewiesen; hohe Gift- und geringe Aggressinwirkung von Typhusexsudaten beim Kaninchen, das gegenteilige Verhalten beim Meerschweinchen. Ganz offenbar muß hier die Forschung tiefer eindringen und erst ermitteln, worauf die leichtere Vermehrungsfähigkeit des Typhusbazillus im Meerschweinchen als im Kaninchen beruht.

Was nun die Natur der Giftwirkung des Typhusbazillus betrifft, so pflegt man heute zu fragen, ob Toxin oder Endotoxin vorliegt, d. h. ob es sich um Sekretionsprodukte oder aufgelöste Leibesteilchen der Bakterien handle. Der Verfasser hat mehrfach darauf hingewiesen, daß das eine ziemlich unnütze Erschwerung der Untersuchung sei, solange es sich um Wirkung lebender Bakterien handelt. Ein Sekret und ein Leibesanteil, der ohne Schaden der Vitalität abgegeben werden kann, sind nur zwei Ausdrücke für eine im wesentlichen gleiche Sache. Und wenn etwas, was im lebenden Bazillus als giftig zur Abgabe bereit liegt, nach dem Tode des Bakteriums noch als Gift wirkt, so ist das auch nichts auffallendes. Der Gehalt der Exsudate an durch Immunserum fällbaren Bakteriensubstanzen ist, wie einige oben angeführte Versuche zeigen, jedenfalls gering und nicht entfernt so groß, wie der, den man in Extrakten der Bazillen des Exsudates mit leichter Mühe erhalten kann. Das Gleiche gilt auch für entsprechend gewonnene Meerschweinchenexsudate. („Wiener klin. Wochenschrift Nr. 10, 1907.)

*

Über die im Wenzel-Hanckeschen Krankenhause behandelten Variolafälle. Von Primärarzt Dr. Drewitz.

D. berichtet über 13 Fälle, die zur Beobachtung kamen und die sämtlich in Genesung übergingen. Die Behandlung der Kranken war eine rein symptomatische; wo angängig, wurden immer Bäder verabfolgt.

Die Untersuchung des Blutes, die aus äußeren Gründen nicht in allen Fällen angestellt werden konnte, ergab keine ausgesprochene Leukozytose; im allgemeinen schwankte die Zahl der roten Blutkörperchen der untersuchten Personen zwischen 3—4 Millionen; das Verhältnis der weißen Blutkörperchen zu den roten von 1 zu 308 bis zu 1 zu 650. Auffällig war die Zahl der mononukleären Zellen, die auch im Pustelinhalt nachgewiesen werden konnten. Außerdem fanden sich große einkernige, polynukleäre und sporadisch eosinophile Zellen. Kernhaltige reine Blutkörper fehlten. Milzschwellung



war in den 8 Fällen vorhanden, die zeitig zu uns kamen. Sämtliche Pockenkranke wurden sofort geimpft; wenn sie nicht schon geimpft das Krankenhaus betraten, ein Erfolg trat nicht ein, ein Einfluß auf den Verlauf konnte nicht sicher konstatiert werden. In den Krankenzimmern waren rote Vorhänge angebracht; ein Einfluß auf die Pocken ist nicht bemerkt worden, doch ist die Zahl der Fälle zu gering, um mit Sicherheit eine Einwirkung zu konstatieren.

Die Schutzmaßregeln waren streng; die Isolierung eine vollkommene, soweit wir mit menschlichen Verhältnissen rechnen können. Nach den Visiten genaueste Desinfektion. Besondere Mäntel, besondere Schuhe, Abbürsten der Kleider und der Schuhe mit Sublimat, die Haare mit Alkohol- oder Sublimatlösung.

Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

1. In Deutschland kommt kein Pockenfall zum Ausbruch, der nicht eingeschleppt ist. Die Einschleppung erfolgt nicht nur durch eine erkrankte Person, sondern auch durch deren Effekten, wobei die Person nur den Zwischenträger spielt, oder durch Effekten überhaupt (Briefe, Wäsche, Kleidungsstücke). Das Reichsseuchengesetz macht namentlich auf Bettfedernreinigungsanstalten und Lumpenpapierfabriken als Herde von Pocken aufmerksam. Die Pocken sind kontagiös, die Ansteckung erfolgt durch die Luft und aller Wahrscheinlichkeit nach bilden die Respirationsorgane die Eingangspforte.

2. Variola und Variolos haben denselben Erreger und sind nur graduell verschiedene Krankheiten. Das Gesetz kennt keine Variolis und spricht nur von Pocken. Der Name Variolis ist kein glücklicher. D. hat auch jetzt den Eindruck gewonnen, als ob nicht nur Laien, sondern auch Ärzte durch den Namen verleitet werden, die Bedeutung der Krankheit für die Umgebung zu unterschätzen. Es wäre zweckmäßig, statt Variolois Variola levis zu setzen, um mit dem Namen Variola den Ernst jedes Pockenfalles festzulegen. Es handelt sich nicht um den Kranken allein, für den der Name Variolois eine Beruhigung ist, sondern um die Allgemeinheit, da der Varioloiskranke wie Variolakranke anderer Personen mit Variola infizieren kann, die wiederum neue Infektionsquellen bilden.

3. Die gesetzliche Schutzpockenimpfung gewährt keinen absoluten Schutz gegen die erneute Infektion. Bei unseren Kranken war der kürzeste Unterschied zwischen Revakkination und der Infektion 13, der längste 43 Jahre. Alle Kranken waren zweimal geimpft, der eine als Soldat zum drittenmale; die Mehrzahl zweimal mit Erfolg, da an den Armen sichtbare Narben zu sehen waren. Schon die Impfkommission stellte in ihrem Beschlusse im Jahre 1884 fest, daß der Impfschutz durchschnittlich 10 Jahre beträgt. D. hat den Eindruck gewonnen, daß nicht nur Laien, sondern auch Ärzte den gesetzlichen Impfschutz überschätzen, und es ist ganz gewiß wichtig, von neuem bei der Besprechung der Pocken auf diese Verhältnisse aufmerksam zu machen. Wenn auch die Impfung und die Wiederimpfung ganz gewiß ein mächtiger Faktor für die Seuchenbefreiung in Deutschland ist. so ist doch, um dieses Ziel zu erreichen, ein nicht minder wichtigerer die Ausführung strengster und schärfster Maßnahmen, die von den Behörden bei dem Ausbruch jedes einzelnen Pockenfalles getroffen werden, so daß die Seuche gewissermaßen im Keime erstickt wird. Trotzdessen erkrankten in Deutschland 1900 392 und starben 49 Personen, 1901 375 und starben 56 Personen, 1902 114 und starben 15 Personen, 1903 172 und starben 20 Personen, allerdings meist eingeschleppte Fälle. Vergegenwärtigen wir uns

1. die Zahl der noch nicht geimpften Kinder,

2. die Zahl der Personen, die ohne Erfolg geimpft worden sind,

3. die Reihe von Personen, die nur einmal geimpft worden sind, auf die das Gesetz von 1875 nicht zurückgegriffen hat und

3. die große Anzahl der Personen, bei denen der Impfschutz schon erloschen ist, und auch das höhere Alter verhindert nicht die Infektion, so gibt uns diese Zusammenstellung ein Bild von der Gefahr, der wir bei einer Pockeninvasion unter besonderen zufälligen Umständen in kurzer Zeit gegenüberstehen können, trotz gesetzlicher Vakkination und Revakkination. D. hält deshalb in Verfolg dieser Auseinandersetzung für wichtig,

1. die sofortige Bekanntmachung des ersten Pockenfalles am Ort, nicht nur in den ärztlichen, sondern auch in den politischen Zeitungen, damit jeder, sei es Arzt oder Laie, nach Kräften die behördlichen Maßnahmen unterstützen kann,

2. die erneuerte Impfung aller derer, die nach dem Auslande zu reisen beabsichtigen,

3. die wiederholte Impfung der Ärzte, besonders der Krankenhausärzte,

4. die Verlegung der Revakkination vom 12. auf das 10. Lebensjahr.

Allerdings kann bei einer drohenden Pockengefahr Nachimpfung gemacht werden, wie ja auch das Gesetz in einer Anzahl von Provinzen — nicht allen — eine Zwangsimpfung gestattet, aber eine Reihe von Experimenten von Brinckerhoff und Tyzzer an Affen hat ergeben, daß der Impfschutz erst nach 7 Tagen eintritt. Diese Zeit genügt, um eine Menge neuer Zentren für die Weiterverbreitung zu bilden.

Die Diagnose der Pocken, auf die ich nunmehr zu sprechen komme, ist schwer: beim ersten Fall, der Variola levis und der Purpura variolosa. Sie wird viel leichter dadurch, wenn der Arzt bei einem nicht sicher zu rubrizierenden Exanthem an Pocken und deren Verbreitung denkt. Die Diagnose der Pocken ist unmöglich im Inkubationsstadium und in den ersten Tagen des Prodromalstadiums, solange kein irgendwie geartetet Exanthem erschienen ist. Mit dem Ausbruche eines Exanthems, sei es Erythem, Flecken, Papeln oder Pusteln, verringern sich die Schwierigkeiten, wenn der Arzt sich vergewissert:

1. Ob bereits an dem Orte Pocken sind und der kranke Patient mit Pockenkranken- oder -Verdächtigen zusammengekommen ist.

2. Ob der Patient innerhalb der letzten 14 Tage auswärts gewesen ist.

3. Ob irgend welche Beziehung des Erkrankten zum Auslande besteht, das heißt mit anderen Worten, wenn eine sorgfältige Anamnese aufgenommen wird.

Die Krankheiten, die in den verschiedenen Stadien der Pocken differential-diagnostisch in Betracht kommen, sind kurz folgende:

1. Im Prodromalstadium: Masern, Scharlach, die Purpura haemorrhagica.

2. Im Anfang des Eruptionsstadiums: Masern und Flecktyphus, der ebenfalls auch nur eingeschleppt sein kann.

3. In den letzten Tagen des Eruptionsstadiums und im Suppurationsstadium: Varizellen, Vaccine generalisata, Impetigo contagiosa, Akne und Syphilis.

Von allen diesen Krankheiten beanspruchen die Varizellen das größte Interesse, das durch den Artikel von Ebstein in Göttingen über „Pockenverdächtige Form der Varizellen" von neuem angeregt worden ist. Wir kennen alle die eitrige schwere Form der Varizellen, die mit Papel- und Pustelbildung mit und ohne Dellen, mit Eruptionen auf der Rachen- und Mandelschleimhaut, mit und ohne Infiltration der Haut einhergehen und stellenweise zur Narbenbildung führen. Die Diagnose, glaubt D., wird nicht schwierig sein trotz der großen Ähnlichkeit gewisser Varizellenformen mit der Variola, wenn wir uns erinnern, daß die Varizellen doch nur im Kindesalter oder höchstens bis zum Ausgang des zweiten Dezenniums vorkommen; daß sie kaum je die Symptome des Pocken-Prodromalstadiums zeigen, und wenn wir die oben ausgesprochene Vorsicht beobachten, auf die Quelle der Erkrankung zurückzugehen. Außerdem läßt der Verlauf der Variola levis doch immer deutliche Anklänge an den der Variola vera erkennen. Allerdings gibt D. zu, daß zu Pockenzeiten mancher Fall von Varizellen als Variola angesehen worden ist und noch werden wird, da uns bis jetzt noch immer der Erreger der Variola fehlt; denn trotz aller Mühe,

allen Fleißes und allen Scharfsinns ist der Erreger noch nicht einwandsfrei gefunden, geschweige einwandsfrei gezüchtet worden. (Allg. med. Zentral-Zeitung Nr. 2, 1907.)

*

Über Hydrotherapie bei fieberhaften Infektionskrankheiten. Von Dr. S. Munter.

Autor kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Ein nicht zu hohes Fieber mit mäßiger Rückwirkung auf Gehirn und Herz und voraussichtlich nicht zu langer Dauer erfordert in der Regel ein antipyretisches Eingreifen nicht. Hier genügen die auch sonst hygienischen Maßnahmen, besonders die Teilwaschungen mit Wasser von 15—24 ° C., früh und abends.

2. Exzessiv hohe und andauernde Temperaturen von 40—41 ° C., die Herz und Gehirn adynamisch machen, sind künstlich zu erniedrigen; aber auch eine Continua continuens von mäßiger Höhe, 39—40 ° C., die längere Zeit besteht und Herz und Gehirn ungünstig mitnimmt, ist zu unterbrechen. Die beste Zeit hiefür ist nach der abendlichen Exazerbation (Currie, Liebermeister, v. Ziemssen). Nächstdem ist experimentell bewiesen, daß plötzliche schnell und sehr hoch steigende Temperaturerhöhungen beschränkt und in allmählich langsame und weniger hochsteigende umgewandelt werden sollen.

Dieses geschieht bei robusten, kräftigen, jungen Leuten mit gutem Herz- und Gefäßsystem nach der Methode Brands und Liebermeisters durch das kalte Vollbad von 20—25 ° C. und 10—20 Minuten Dauer. Bei diesen Bädern ist mit der temperaturherabsetzenden Wirkung, mit dem thermischen Nervenreiz zugleich eine stoffwechselerhöhende Wirkung behufs Bekämpfung der Infektion verbunden. Soll schonender verfahren werden, soll der Nervenchok ein milderer sein, hat man es mit weniger kräftigen Individuen zu tun, soll der Reiz allmählich einwirken und die Nachwirkung länger andauern, so wird das allmählich abgekühlte Voll-, resp. Halbbad von 30 ° C. auf 20 ° C. mit größerer oder geringerer mechanischer Reizung durch Reiben und Waschen von 15—30 Minuten Dauer vorgezogen werden. Der Nervenreiz fällt bei diesen Bädern fort und muß ersetzt werden durch interkurrente Begießungen mit kälterem Wasser von 15—20 ° C.

3. Die Dauer wie die Temperatur der Bäder variiert zwischen 10—30 Minuten und 30—15 ° C., und zwar muß die Dauer umso länger und der thermische Reiz umso intensiver, d. h. das Wasser umso kälter sein, je höher die Körperwärme, je widerstandsfähiger sie sich hält und je kräftiger die Konstitution des Kranken. Im Anfange einer Erkrankung ist die Lösung der Wärmeretention schwieriger und hartnäckiger als im späteren Verlauf.

4. Die Einwirkung auf Herz, Gefäße und Nerven findet durch dieselben Maßnahmen statt. Soll bloß auf das Nervensystem eingewirkt werden, so wissen wir, daß der kurze Kältereiz ein Nervenreiz ist; auf Atmung wirkt sowohl der kurze Kältereiz als auch die Herabsetzung der erhöhten Eigenwärme; in derselben Weise wirkt der thermische Reiz auf das Herz. Dasselbe kann beeinflußt werden durch die fieberhafte Temperaturerhöhung, wie auch durch die Infektion; eine gleiche Einwirkung beobachten wir auf das Nervensystem.

5. Öfters gewechselte Einpackungen wirken mild temperaturherabsetzend und besonders nervenberuhigend. Durch Reizabhaltung nervenberuhigend wirkt das indifferent laue Vollbad; man schiebt bei sehr aufgeregten Kranken vormittags von 10—11 Uhr und abends zwischen 7—8 Uhr solche Bäder zwischen den antipyretischen als Beruhigungsmittel ein (Naunyn).

6. Temperaturherabsetzend, nervenanregend, herzstärkend, doch schonender wirken auch die kohlensauren Solbäder von 28 ° C. und 20 Minuten Dauer (Matthes). Besonders angezeigt sind sie bei Kranken, die leicht im Bade frieren.

7. Durch lokale Applikation von Kälte auf Kopf, Herz, Nacken und Bauch wird die hydriatische Antipyrese unterstützt.

8. Zu häufige Kältereize können nervöse Reizerscheinungen durch Summation machen (Febris nervosa Winternitz).

9. Die Wiederholung der Bäder soll nach Brands Vorschrift im allgemeinen sein, wenn die Achseltemperatur 39·5 ° C. ist, doch wird sich die Vorschrift nach dem individuellen Fall modifizieren.

10. Im allgemeinen hat sich die Anzahl der Bäder nach der Schwere des Falles zu richten. In mittelschweren Fällen genügen nach v. Ziemssen, Liebermeister und Winternitz 2—3 Bäder in der Remissionsperiode, ein Bad morgens 7 Uhr, eins abends 7 oder 8 Uhr und das dritte nach Mitternacht; selbst in schweren Fällen wird man mit 4 bis 5 Bädern in 24 Stunden auskommen.

11. Die kalte Begießung wirkt mehr nervenerregend als temperaturherabsetzend, sie ist indiziert bei schweren Nervenaffektionen, bei tiefen komatösen und soporösen Zuständen. Temperatur 12—20 ° C.

12. Es ist vorteilhaft, bei dem Verdacht ungleicher Wärmeverteilung Achsel- und Mastdarmtemperatur zu messen.

13. Bei ungleicher Wärmeverteilung ist es oft indiziert, an einer Stelle Wärme zu entziehen, an anderer, besonders Extremitäten, solche zuzuführen (Winternitz).

14. Es ist gut, sich durch eine Teilwaschung beim Beginn der Behandlung von der Reaktionsfähigkeit des Kranken zu überzeugen (Winternitz).

15. Der thermische Kältereiz wirkt besonders günstig dadurch, daß er den fieberhaft erhöhten Stoffwechsel, der wahrscheinlich durch eine Gewebsdyspnoe verursacht, auf Kosten der stickstoffhaltigen Substanzen verläuft und eine Zerstörung der Zelle bedingt, umwandelt in einen normal erhöhten Stoffwechsel, der besonders auf Kosten der stickstofflosen Substanzen vor sich geht.

16. Die Wasserretention im Fieber ist bedingt durch das Vorhandensein schwer löslicher Stoffe im Blute, die eines größeren Lösungsmittels bedürfen; hiedurch wird bei nicht genügender Wasserzufuhr den Organen Wasser entzogen; um dieses zu verhindern, ist für genügende Flüssigkeitszufuhr zu sorgen, besonders bei benommenen Kranken ist hierauf zu achten. Eine Wasserverarmung kann einen Kollaps bedingen, der durch subkutane Kochsalzinfusionen günstig beeinflußt werden kann.

17. Strikte Kontraindikationen für die Anwendung der Hydrotherapie in der Behandlung fieberhafter Infektionskrankheiten gibt es nicht, da der thermische Reiz eben individuell angepaßt werden kann. Nur wenn absolute Ruhe geboten ist, ist die allgemeine Kräfteanwendung indiziert, als z. B. bei Peritonitis, Embolien, Thrombose, Blutungen, Neigung zum Kollaps, Alkoholisten, Fettherz, Arteriosklerose, älteren Personen usw. Hier kann lokale Anwendung von Kälteapplikationen noch manche Indikation erfüllen.

18. Die Medikamente können häufig den thermischen Reiz unterstützen, also oft mit ihm kombiniert werden.

19. Wärmezufuhr resp. die sekundäre Nachwirkung der Kälteanwendung in Form einer Temperatursteigerung sind oft bei adynamischen Zuständen mit niedriger Temperatur indiziert, und führen meist zu einer Temperatursteigerung, die als günstig und salutär anzusehen ist. Die Kältewirkung wird nur bei noch vorhandener funktioneller Leistung und Reaktionsfähigkeit anzuwenden sein; die Wärmezufuhr ist schonender. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 46, 1906.)

*

Über Ösophagusruptur. Von Prof. Dr. Ercklentz.

Bei einem 46jährigen Manne, der im Alter von 37 Jahren an einer rechtsseitigen Lungen- und Rippenfellentzündung gelitten hatte, traten drei Jahre später an dieser Stelle unangenehme ziehende Schmerzen auf, die den Pat. wiederholt veranlaßten, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. In der letzten Zeit wurden die Beschwerden besonders heftig. Bei der Untersuchung des Mannes konnte man über dem rechten Unterlappen Zeichen von Verwachsungen feststellen. Die Leber war etwas vergrößert, ihre Palpation schmerzhaft. Der Magen zeigte äußerlich keine Veränderungen. Bei der Ausheberung fand sich ein totaler Mangel an Salzsäure, aber keine Milchsäure und keine Verschlußerscheinungen. Sonst ergab die



Untersuchung nichts von Bedeutung. Die Behandlung bestand in regelmäßigen Ausspülungen des Magens, welche durch den Stationsarzt morgens vorgenommen wurden und bei denen niemals Störungen auftraten. Im Gegenteil, Pat. vertrug die Spülungen sehr gut und verlor seine subjektiven Beschwerden. Gelegentlich einer Spülung trat plötzliche Würgbewegung auf, der Schlauch wurde aus der Speiseröhre hinausgeworfen und sofort mit dieser eine blutig gefärbte Flüssigkeit aus dem Munde entleert. Pat. kollabierte momentan, klagte über kolossale Schmerzen in der Magengrube, die ihn laut aufstöhnen ließen. Zirka 20 Minuten nach diesem alarmierenden Ereignis erbrach der Kranke etwa 400 *cm*³ dunklen Blutes. $2^1/_2$ Stunden nach dem Herauswürgen des Schlauches trat an der rechten Halsseite eine aufangs kleine, dann immer deutlicher werdende Schwellung auf, welche aus der Schlüsselbeingrube sich bald nach oben bis zum Ohrläppchen und nach unten bis zur zweiten Rippe erstreckte. Bei der Betastung dieser Schwellung fühlte man deutliches Knistern.

Die Symptome deuteten darauf hin, daß es sich um eine Kontinuitätstrennung im unteren Teile des Ösophagus handeln müsse, die zu einer Kommunikation dieses mit dem Mediastinum geführt hatte. Immerhin mußte mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß der Magen mitverletzt war, und deshalb wurde die Frage eines chirurgischen Eingriffes erwogen, da jedes Mittel versucht werden mußte, das irgend eine Hoffnung gewähren konnte, das Leben des Patienten zu erhalten. Man schritt zur Laparotomie. Hiebei zeigte sich, daß der Magen sicher nicht verletzt war, und so mußte der Patient seinem Schicksal überlassen werden. Das Hautemphysem nahm mittlerweile an Umfang zu und verbreitete sich sowohl über das Gesicht, wie über den Thorax nach rechts und nach links. Die schweren Allgemeinerscheinungen nahmen zu und führten 14 Stunden nach der Katastrophe zum Tode. Bei der Autopsie fand sich nun im rechten Pleuraraume über ein Liter trüber, sauer riechender Flüssigkeit. Zwischen rechter Lunge, Zwerchfell und Brustwand bestanden zahlreiche bandartige Verwachsungen. Der Ösophagus war in der ganzen Ausdehnung leicht erweitert, im untersten Teile der Speiseröhre kam eine dicke Sonde nicht in den Magen, sondern sie gelangte durch eine etwa zwei Finger breite Öffnung des Ösophagus in den Pleuraraum. Nach Freilegen dieser Stelle fand sich ein 4 *cm* langer Riß mit unregelmäßig zackigen Rändern, der alle Schichten der Wand durchsetzte. Diese Öffnung führte unmittelbar in ein System von Hohlräumen zwischen Lunge, Pleura und Zwerchfell, welche durch die oben geschilderten Verwachsungen gebildet wurden. Man sah dort deutliche Spuren von Verdauung durch Magensaft. Außer diesem Riß zeigte sich noch ein zweiter, zirka $1^1/_2$ *cm* langer, mit unregelmäßig zackigen Rändern, der die Schleimhaut und oberste Muskelschicht durchtrennte. Beide Risse und ein dritter reichten bis in die Kardia hinein. Zwischen Zwerchfell und obere Leberfläche, sowie zwischen Zwerchfell und Milz fanden sich alte feste Verwachsungen. Am Magen sowie am Darm waren Veränderungen nicht vorhanden. Die im Bereich der Rupturstellen entnommenen Gewebsschnitte ließen keinerlei histologische Veränderungen erkennen, die eine Erklärung für die Ruptur geben konnten. Es wurden zum Vergleich auch Schnitte durch die oberen Ösophaguspartien gemacht, doch war ein Unterschied im histologischen Verhalten nicht zu erkennen.

Angesichts der Katastrophe haben wir uns natürlich die Frage vorgelegt, ob sie einem ärztlichen Kunstfehler zuzuschreiben sei. Die Frage hat das Gericht beschäftigt, und war deshalb von ganz besonderer Tragweite. Sie ist verneint worden. Das zur Spülung benutzte Schlundrohr war eine weiche Sonde mit tiefliegendem Fenster und abgerundeten Fensterkanten. Die Spülung wurde von einem geübten Arzt ausgeführt und war bei dem Patienten bereits sechsmal ohne Störung gemacht worden. Die Menge der Spülflüssigkeit war die übliche. Die Obduktion hat uns gezeigt, daß es sich tatsächlich um eine spontane Ruptur des Ösophagus handelte, für welche die Magenspülung nur als Gelegenheitsursache anzusprechen ist. Die älteren Autoren nehmen an, daß eine Ösophagusruptur nur entstehen könne auf dem Boden einer Ösophagusmalazie oder einer mechanischen Verletzung; andere Autoren, wie Kraus, Mackenzie u. a. lehnen dies ab, und auch unser Fall lehrt, daß lediglich mechanische Momente in Frage zu kommen brauchen. Das Erbrechen allein kann zur Ruptur führen, wie auch Mackenzie betont, wenn der Mageninhalt nicht mit derselben Schnelligkeit befördert werden kann, mit der er den Magen verläßt. Es handelt sich dann entweder um eine abnorme Quantität von Flüssigkeit im Magen oder um eine Verlegung der Speiseröhre. Für die Verlegung kommen in Betracht Tumoren, Aneurysmenbildung, aber auch eine einfache Kontraktion des Musculus constrictor pharyngis (Gottstein). Die Verwachsungen des Ösophagus mit seinen Nachbarorganen ermöglichen außerdem eine Ruptur, weil sie dem Ösophagus seine Elastizität und Bewegungsfreiheit rauben. Alle diese Momente sind nun in diesem Falle zusammengetroffen. Es handelt sich um einen an sich gesunden, aber durch sehr zahlreiche Verwachsungen mit den Nachbarorganen mehr oder weniger fixierten Ösophagus. Als es während der Spülung bei teilweise gefülltem Magen zum Brechakt kam, stieg der Druck in dem unteren fixierten Teile des Ösophagus momentan und führte durch Überdehnung zum Platzen des unteren Abschnittes. Die im Präparat deutlich erkennbare Erweiterung des unteren Teiles und das Vorhandensein mehrerer Längsrisse beweisen dies. Wenn nun auch das Schlundrohr durch den Brechakt herausgeworfen wurde, so wirkte es doch wahrscheinlich obstruierend und vermehrte das Mißverhältnis zwischen ausgeworfener Flüssigkeit und Weite des zu passierenden Kanals. (Allg. med. Zentral-Zeitung Nr. 29.)

*

Ein neues Prinzip der operativen Behandlung des Glaukoms (Iridencleisis antiglaucomatosa Holth). Von Dr. Vollert, Augenarzt in Leipzig.

Auf der diesjährigen Versammlung der Deutschen ophthalmologischen Gesellschaft zu Heidelberg hat Holth, Christiania, über ein neues Prinzip der operativen Behandlung des Glaukoms gesprochen, das der Beachtung sehr wert erscheint, wenn auch eine Autorität, wie Sattler, in der Diskussion ihr Festhalten an der alten Iridektomie betonte.

Holth nennt sein Verfahren Iridencleisis antiglaucomatosa. Nach dem Sitzungsbericht im Septemberhefte der klinischen Monatsblätter für Augenheilkunde vom Jahre 1906 hat er seit 1893 die besten Wirkungen von denjenigen Glaukomiridektomien gesehen, nach welchen sich eine zystoide Narbe gebildet hat. Die Ursache ist immer eine kleine zufällige Einklemmung der Irisperipherie in die Wunde gewesen. Die Tension wurde in diesen Fällen dauernd normal, das Sehvermögen hat sich auffallend gut erhalten, dagegen wurde das andere, oft früher bessere Auge trotz korrekter Iridektomie wieder hart und nachher blind.

V. hat das Verfahren schon seit 7 Jahren geübt und verdankt seine Kenntnis einer, seiner damaligen Ansicht nach, von ihm mangelhaft ausgeführten Glaukomiridektomie.

Die Veröffentlichung dieser 4 Fälle mit 5 Augen würde wegen ihrer geringen Anzahl schwerlich gewagt worden sein, wenn nicht die Erfolge Holths dazu ermutigt hätten. Dieser berichtet weiter, daß er unter 41 Operationen von Glaukom nach der genannten Methode 31 mal dauernde Tension erreicht hatte, und zwar 31 mal sofort, 4 mal nach einigen Monaten. 2 Fälle mißlangen, da die Iris sich schon am Operationstag in die Vorderkammer zurückzog, in 3 Fällen sank die Tension, ward aber nicht normal.

Holth wies mittels pathologisch-anatomischer Untersuchungen im Narbengewebe eine Fistel nach, die er Fistula subconjunctivalis camerae anterioris nennt, durch die es wohl selbstverständlich zu Filtrationsvorgängen aus der vorderen Kammer kommen muß; bekanntlich wird durch das gleiche Theorem die Wirkung der Sklerotomie erklärt. Von Nachteilen sah Holth am Ende der ersten Woche leichte Irisreizung, doch ohne Einfluß auf Tension und Sehvermögen.



Infektionsgefahr sucht er durch Verlegen des Bindehautschnittes bis 10 *mm* vom Hornhautrande auszuschalten. Auf letztere muß besonders aufmerksam gemacht werden. Leber ließ seinerzeit durch einen seiner Schüler die diletäre Wirkung leicht überhäuteter Irisprolapse nachweisen und studieren; er verlangt, da von ihnen aus das Auge häufig später infiziert werde, Abtragung der Prolapse, Zurückbringen der Irisschenkel in die vordere Kammer.

Auf diese Gefahr wäre, sollte das modifizierte Operationsverfahren sich Bürgerrecht in der Augenheilkunde erwerben, aufmerksam zu machen; vermieden werden könnte sie durch Überpflanzung eines Bindehautlappens nach Kuhnt.

Zum Schlusse möchte er seiner Überzeugung Ausdruck geben, daß die Operation unfreiwillig schon häufig geübt worden ist. Ektatische Narben sieht man gar nicht selten sowohl nach Glaukom- als nach kombinierten Kataraktoperationen. Wohl zum Heile der Kranken gelingt es dem besten Techniker zuweilen nicht, die Iris zurückzubringen oder sie drängt sich während des Heilungsverlaufes von selbst vor. So erlebt man das Paradoxon, daß ein vermeintlicher Fehler, ein unliebsamer Zwischenfall bei der Operation, eine Vernarbung gegen die Regel Gutes schaffen, dessen Folgen zu veröffentlichen sich nunmehr niemand zu scheuen braucht. (Münch. med. Wochensch. Nr. 50.)

III. Sitzungsberichte.

Kongreß der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie.

In Dresden fand Ende Mai der diesjährige Kongreß der Gynäkologen statt. In seiner Eröffnungsrede erging sich Leopold über die Lehre der Eieinbettung, ob das Ei sich immer unter das Epithel einbettet oder nicht. Hierauf ging er zur Bekämpfung des Karzinoms und zur Reform des Hebammenwesens über. Das erste behandelte die Indikation, Technik und Erfolge der beckenerweiternden Operationen.

Es handelt sich um die sogenannte Hebosteotomie, die Spaltung der Beckenknochen, eine an Stelle der sectio c. gesetzte Operation. Wenn in einem Falle bei einer Mutter wegen zu engen Knochenbaues nur durch operative Maßnahmen die Geburt eines lebenden Kindes möglich gemacht werden kann, dann wurde bislang meistens die künstliche Frühgeburt durchgeführt. Wenn es aber hiefür zu spät war, oder man die Schwierigkeit der Erhaltung eines zu früh geborenen Kindes vermeiden wollte, dann blieb bis jetzt schließlich nichts anderes zu tun übrig, als die sectio caesar. auszuführen, die aber trotz aller Fortschritte der operativen Technik doch immer noch eine ziemlich große Lebensgefahr für die Mutter bedeutet. Nun ist man durch die neue Operation in die Lage versetzt, auch ohne diese Gefahr der sectio c. den Frauen, die so stiefmütterlich von der Natur behandelt worden sind, die Freuden einer Mutterschaft an einem kräftigen, lebensfähigen Kinde zu verschaffen. Es ist also wohl wert, sich mit dem neuen Verfahren, das uns durch den italienischen Frauenarzt Professor Dr. Gigli (Florenz), der übrigens auf dem Kongreß anwesend war, geschenkt worden ist, zu beschäftigen und es allen geburtshilflich tätigen Ärzten zugänglich zu machen.

Auf Grund eines ausführlichen, gedruckt vorliegenden Berichtes der Professoren Dr. Zweifel (Leipzig) und Döderlein (Tübingen) wurde der Reigen der Vorträge eröffnet.

Zweifel: Die Bezeichnung Symphysiotomie und Hebosteotomie sind die ethymologisch richtig gebildeten. Je nach der Ausführung unterscheidet man die S. und H. aperta (unter Ausschneiden der den Knochen bedeckenden Weichteile) und subcutanea. 1904 veröffentlichte Döderlein sein Verfahren der subkutanen Durchsägung der Schambeine, welches darin bestand, daß die Drahtsäge unter Führung des Fingers von oben hinter die Schambeine durchgeführt wurde. Eine Abänderung des Verfahrens wurde aus Leopolds Klinik mitgeteilt (Kannegießer) und zwar so, daß die Führungsnadel ohne vorausgeschickten Hautschnitt von oben nach unten durchgestochen wurde. Walcher und Bumm führten ihre modifizierten Nadeln von unten nach oben (reines Stichverfahren der subkutanen H.

Döderlein: 1894 schlug Gigli die Durchsägung des Schambeinastes mit seiner Drahtsäge unter Durchtrennung der den Knochen bedeckenden Weichteile vor. Gigli hob als Vorzug besonders hervor, daß die Knochenwunde besser heilt als die Knorpelwunde der Symphysiotomie. Van de Velde modifizierte die Operation, Hebotomie von ihm genannt, derart, daß er die Schnittlinie des Knochens weiter seitlich legte und die Weichteile zwischen Knochen- und Hautschnitt erhielt. Das vorliegende Material der H. umfaßt 294 Fälle, 77 sind nach der offenen Methode operiert, die anderen nach der subkutanen. Die Todesfälle in der ersten Gruppe (offen) betrugen 10·9%, in der zweiten Gruppe (subkutan) 9·1%.

Als erster Diskussionsredner sprach Prof. Dr. v. Franqué (Prag) über die Dauererfolge der Operation, nachdem sie erst einmal gemacht worden ist. Hierauf nahm Dr. Seligmann (Hamburg), ein jüngerer Gynäkologe, das Wort, um seine Methode und Technik der Operation, die er mit besonderen, dazu von ihm konstruierten Instrumenten durchführte, zu schildern; in einer Reihe von Fällen hat sich ihm und anderen Operateuren, die nach seiner Methode operierten, das Verfahren gut bewährt. Dann sprachen Professor Dr. Henkel (Berlin), Professor Dr. Stöckel (Charlottenburg), Professor Elischer (Budapest), Dr. Schickele (Straßburg), Dr. Van der Velde (Haarlem), Professor Füth (Köln am Rhein), Professor Sellheim (Düsseldorf), Professor Menge (Erlangen), Dr. Bürger (Wien), Dr. Peham (Wien). Sie alle wiesen auf die große Bedeutung der neuen Errungenschaft unter Anführung ihrer persönlichen Studien und Erfahrungen hin.

Über die Asepsis bei gynäkologischen Operationen wurde auf dem Kongreß der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie eingehend verhandelt. Die größte Errungenschaft auf chirurgischem Gebiete — und hier begegnen sich Gynäkologie und Chirurgie ohne Unterschied — in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts war die von Lister eingeführte antiseptische Wundbehandlung. Ein anderer Punkt, der am Kongreß erörtert wurde, war die Frage der gynäkologischen Asepsis. Schon längst ging man von der Antisepsis zur Asepsis über. Natürlich gibt es aber auch Fälle, die in chirurgische oder gynäkologische Behandlung kommen, bei denen schon vor dem Eingriff eine Invasion von Eitererregern in das kranke Organ oder gar schon in den Gesamtorganismus durch die Blutbahn stattgefunden hat. Hier liegen dann die Dinge anders, und es kann von einem „reinen" Operieren nicht mehr die Rede sein. Diese Fälle, bei denen im Gegensatz zu einer ektogenen (von außen) eine endogene (von innen heraus) Infektion mit Eitererregern vorliegt, sind nach dem heutigen Stand der Wissenschaft die gefährlichen und können im wesentlichen nur durch die vom Körper der Kranken selbst produzierte Heilkraft in Genesung übergehen. Die gesammelten Erfahrungen haben nun dazu geführt, die Asepsis der Operationen zu verbessern. Man hat erkannt, daß nach längerem Operieren trotz allen Desinfizierens und Waschens, während der Operation sich Infektionskeime sowohl an den Händen des Operateurs nachweisen lassen wie an den Wunden und dem gesamten Operationsgebiete. Nachdem man dieses erkannt hatte, empfahl man, über die vor dem Eingriff selbstverständlich gründlich desinfizierten Hände noch ausgekochte sterilisierte Gummihandschuhe zu ziehen und die Bauchdecken der zu Operierenden mit einer dünnen flüchtigen Gummilösung zu bestreichen, die nach dem Verdunsten eine Gummidecke über der vorher desinfizierten Haut zurückläßt. Professor Döderlein (Tübingen) hat sich mit dem Ausbau dieser Methode speziell beschäftigt. Prof. Veit (Halle) konnte an der Hand seiner vorgetragenen Operationsresultate den Vorzug des Operierens mit verschärftem Wundschutz nachweisen, Professor von Franqué (Prag), Professor



Pfannenstiel (Gießen), Professor Chrobak (Wien), Dr. Schickelé (Straßburg), Professor Opitz (Marburg), Dr. Busse (Jena), Dozent Dr. Schenk (Prag) und Dr. Scheib (Prag) brachten wertvolle Beiträge zu dieser wichtigen Frage der modernsten Operationstechnik.

IV. Aus der Praxis.

Strophanthin, hergestellt von der Firma C. F. Boehringer & Söhne, Mannheim, soll nach den Angaben von Professor Brauer in Marburg zur intravenösen Digitalistherapie besonders geeignet sein. Strophanthin, die wirksame Substanz aus dem Strophanthussamen, wird in steriler wässeriger Lösung 1 : 1000 in den Handel gebracht, eingeschmolzen in kleine Glastuben, die die für die Erwachsenen empirisch festgestellte günstigste Menge 1 cm^3 (= 0·001 *g* Strophanthin) enthalten. Durch fortlaufende Kontrolle ist das Gleichbleiben der Wirkungsstärke sichergestellt. Es entspricht ungefähr 1 cm^3 Strophanthin = 15 cm^3 Digalen. Nicht unwesentlich ist der billige Preis von 25 Pf. für die Menge von 1 cm^3 Strophanthinlösung = 0·001 *g*. Die Entnahme der Lösung aus der Glastube mittels einer einfachen 1 cm^3-Pravaz-Spritze und die Einspritzung dieser kleinen schon wirksamen Menge nach gewöhnlicher Desinfektion in eine beliebige Vene sind so einfache Handhabungen, daß sie überall mit den geringsten Hilfsmitteln ausgeführt werden können. Will man aus irgend einem Grunde von der intravenösen Zufuhr Abstand nehmen, so empfiehlt sich die intramuskulöse Anwendung, am besten in der Gesäßmuskulatur. Subkutan darf das Mittel nicht angewendet werden wegen der starken örtlichen Reizerscheinungen. Strophanthin ist wasserlöslich von konstanter Wirkung; bereits 1 cm^3 erreicht einen vollständigen therapeutischen Digitaliserfolg. Es wirkt wie alle Digitalispräparate auf Herz, Gefäße und nervöse Zentralorgane.

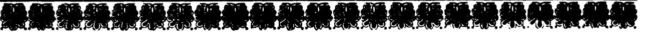
Die Verordnung des Veronal. W. Cohn in Berlin empfiehlt auf Grund seiner Erfahrung das Veronal, wenn angängig, nur in Pulverform zu verordnen, da es sich in dieser Form vollständig und leicht in warmem Wasser löst und die schlafmachende Wirkung des Mittels schon nach geringeren Gaben schneller eintritt. Für männliche Kranke, besonders solche, die an Alkohol gewöhnt sind, empfiehlt es sich, das Veronal mit einem Likörglas voll Rum oder Kognak, der gleichzeitig auch als Lösungsmittel dient, zu übergießen und diesem einen Tassenkopf voll heißen Wassers hinzuzufügen. Sollte das Veronal aus irgend welchem Grunde in Tablettenform gereicht werden, so will Cohn nur die weißen Veronaltabletten (mit einem Zusatz von Stärkemehl hergestellt) angewendet wissen, die sich in heißem Wasser, wenn auch nicht so schnell wie das Pulver, ebenfalls vollkommen lösen. Die braunen Veronaltabletten mit Kakaozusatz verwirft Cohn vollständig, da sie zerbissen oder verschluckt trotz Nachtrinkens von Wasser sich sehr langsam lösen und dadurch die Aufsaugung und Spaltung des Mittels verzögert wird, so daß die schlafmachende Wirkung zu spät eintritt oder nicht ausreichend ist. Ebenso unzweckmäßig ist es, Veronalpulver in Oblatten gefüllt zu reichen und etwas Wasser nachtrinken zu lassen. Auch in dieser Form wird das Mittel langsam aufgelöst und aufgesaugt, und es besteht die Gefahr, daß, da nach der ersten Gabe nur Halbwirkung eintritt, eine zweite Gabe genommen wird, die in Verbindung mit der ersten dann kumulativ wirkt und unangenehme toxische Symptome hervorrufen kann. (Therap. Monatsh. 1907, Nr. 5.)

V. Notizen.

Obligatorische Sehprüfung von Chauffeuren. In der Deutschen medizinischen Wochenschrift schreibt Dr. W. Feilchenfeld, Augenarzt in Charlottenburg: „Vor dem Eintritt in die Eisenbahnverwaltung, die Armee und die Marine wird eine Augenuntersuchung, bei der bestimmte Sehleistungen festgestellt werden müssen, verlangt. Für andere Berufsarten gibt es derartige Forderungen nicht, Daß jedoch vor der Wahl eines Berufes ein ärztliches Urteil oft nicht nur wünschenswert, sondern dringend erforderlich ist, haben Ärzte oft betont. Im allgemeinen wird die natürliche Auslese im Kampfe ums Dasein die für den Beruf Ungeeigneten schnell ausscheiden, so daß die Notwendigkeit, „nach der Polizei zu rufen“, zumeist nicht besteht, zumal, solange durch einen Mißgriff in der Berufswahl nur der Betroffene selbst zu leiden hat. Anders aber ist es, wenn dabei eine Gefährdung dritter in Frage kommt. Dann sind die Ärzte allerdings gezwungen, ihre warnende Stimme zu erheben. Ein solcher Fall liegt bei Kraftwagenführern mit herabgesetzter Sehfähigkeit vor. Der große Bedarf an Chauffeuren, die kurze Ausbildungszeit veranlassen viele Personen, die in ihrem bisherigen Berufe nicht reussierten, diese neue, verhältnismäßig einträgliche Tätigkeit zu ergreifen. So aber kommt es leicht dazu, daß eben körperlich Minderwertige sich diesem höchst gefahrvollen Berufe widmen. Ich selbst habe wiederholt Chauffeure mit geringer Sehfähigkeit untersucht, die bei größerer Geschwindigkeit unzweifelhaft nicht imstande waren, rechtzeitig ein Hindernis auf dem Wege zu erkennen. Ein Führer gestand mir selbst, daß er es nur der großen Ängstlichkeit seines Chefs verdanke, daß er bei langsamer Fahrt den Wagen sicher führe, zumal in der Dunkelheit der Chef den Wagen aus Vorsicht überhaupt nicht benutze. Der Führer hatte beiderseitig zentral gelegene Hornhautflecke mit einer Myopie von links 2·5 D mit $^1/_3$, rechts 3·5 D mit nur $^1/_6$ Sehschärfe! Nun bedenke man, daß derartige Leute in den großen Städten nicht etwa nur bei Privatpersonen im Dienst sind, die es ja in der Hand haben, ihre Führer so vorsichtig auszusuchen, wie es ihnen nötig erscheint, sondern auch Kraftwagen führen, die zu jedermanns Gebrauch öffentlich ausstehen. Die polizeiliche Fahrerlaubnis, welche die Leute haben müssen, bietet in keiner Weise eine Gewähr, daß man sich den Führern anvertrauen darf, da die Behörde nur die Fähigkeit, mit dem Wagen umzugehen und die Kenntnis der allgemeinen Fahrvorschriften prüft. Wenn von Lokomotivführern, die doch eine abgesperrte Bahn vor sich haben, die in gegebener Linie sich bewegt, und obendrein noch von besonderen Aufsichtsbeamten regelmäßig untersucht wird, bereits mit vollem Rechte eine Sehschärfe von beiderseits ohne Glas mindestens $^2/_3$ verlangt wird, um wieviel mehr müssen wir gleiches von Chauffeuren fordern, die oft genug — nicht nur auf freier Chaussee — mit Eisenbahngeschwindigkeit dahinsausen. Die Forderung einer Sehprüfung dürfte rechtlich kaum zu erheblichen Bedenken führen; die Behörde könnte wohl eine Konzessionserteilung von einer vorhergegangenen Sehprüfung einfacher Art abhängig machen. Die Notwendigkeit einer solchen dürfte wohl von niemandem bestritten werden können.

VI. Offene Stellen.

Mähren. Stelle des zweiten Stadtarztes in der Stadtgemeinde Mährisch-Ostrau zunächst für die Dauer eines Jahres provisorisch zu besetzen. Mit dieser Stelle ist ein jährlicher Grundgehalt von 2400 K und überdies vorläufig für die restliche Dauer des Jahres eine Teuerungszulage in der Höhe von 10% des für diese Zeit entfallenden Gehaltes verbunden. Im Falle vollkommen zufriedenstellender Dienstleistung kann der Angestellte nach Ablauf eines Jahres das Definitivum ansprechen und erlangt derselbe mit der definitiven Anstellung bei zufriedenstellender Dienstleistung Anspruch auf zehn 6%ige Biennalzulagen à 144 K in den ersten 20 Dienstjahren und sieben 4%ige Biennalzulagen à 96 K in den weiteren 15 Dienstjahren. Die Anstellung erfolgt auf Grund der im Bürgermeisteramte zur Einsichtnahme aufliegenden „Organisation des Dienstes der Stadtärzte in Mährisch-Ostrau“, doch behält sich der Stadtvorstand das Recht vor, diese Organisation nach Bedarf zu ändern. Bewerber um diese Stadtarztesstelle haben nachzuweisen: 1. Die österreichische Staatsbürgerschaft, 2. ein Alter nicht über 35 Jahre, 3. das an einer inländischen Universität erlangte Doktorat der gesamten Heilkunde, 4. die bisherige Praxis im öffentlichen Gesundheitsdienste. Die Kenntnis der böhmischen Sprache ist erwünscht. Bewerber, welche das 35. Lebensjahr überschritten haben, haben keinen Anspruch auf Altersversorgung. Die vorschriftsmäßig gestempelten Bewerbungsgesuche sind längstens bis zum 31. August d. J. beim Stadtvorstande in Mährisch-Ostrau einzubringen.





Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 35. Wien, 31. August 1907. **Nr. 35.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Über Herzfehler.

Von **Dr. med. Hirsch,** Bad Nauheim.

Die Herzklappenfehler gehören zu den häufigsten Krankheiten. Das Prozentverhältnis zu allen anderen Krankheiten schwankt bei den einzelnen Autoren. So bilden die Herzfehler nach Guttmann nur etwa 2% aller übrigen Krankheiten, während Chambres 17% angibt, und Rosenstein nach Sektionsbefunden 8—9% berechnet.

Die meisten Klappenerkrankungen fallen in das Alter von 10—30 Jahren, und zwar sind es etwa 84·3%, nach Gutmann sogar 92·5% aller Herzfehler. Jedoch gehören Herzfehler vor dem 10. Lebensjahre, vom 4. und 5. Jahre an, durchaus nicht zu den Seltenheiten. Ich habe z. B. in der vergangenen Saison 62 Fälle von Herzfehlern bei Kindern bis zum 14. Lebensjahre zusammengestellt und darunter 12 vor dem 10. Jahre beobachtet.

Im kindlichen Alter schleichen sich die Fehler häufig unbemerkt ein, und nur gelegentlich einer Untersuchung bei einer interkurrierenden anderen Erkrankung entdeckt man den Herzfehler. Man erinnert sich wohl dann an vorausgegangene Masern, Scharlach oder Diphtherie, vielleicht auch an kurzdauernde Gelenksschmerzen, an die sich wahrscheinlich das Vitium angeschlossen hat. Aber man ist dann nicht immer sicher, eventuell angeborene Verhältnisse auszuschließen. Es gibt Klappenstörungen, die sich während des Lebens überhaupt nicht bemerkbar machen. Nach Eulenburg ist das Verhältnis der bei Sektionen gefundenen — aber im Leben nicht bemerkbaren — Herzfehler zu den bemerkbaren wie 5:1.

Bei Guttmann betrugen bei einer Untersuchungsreihe die Herzfehler vor dem 10. Jahre 5% der Gesamtzahl; vom 10.—20. Jahre 18·8%; vom 20.—30. Jahre 23·2%; vom 30.—40. Jahre 22·5%. Nach Schnitt entstehen die meisten Herzklappenfehler im 2. Dezennium, aber im 3. Dezennium kommen der Statistik nach die meisten zur Behandlung. Das dürfte doch auch nur so zu erklären sein, daß die Patienten erst dann in ärztliche Behandlung kommen, wenn bei den Fehlern die ersten Beschwerden auftreten und sie vorher ebenfalls unbemerkt waren. Auch bei Nothnagel finden wir das Gleiche angegeben, daß, wenn auch fast die Hälfte aller Klappenfehler in die Zeit vom 11. bis 30. Jahre falle, damit noch nicht gesagt sei, daß der Fehler nicht schon früher entstanden sei, wie wir das ja auch vor dem 9. und 10. Jahre angenommen haben. Aber im 2. Dezennium, also gerade in den Hauptwachstums- und Übergangsjahren, ist es mir nicht ganz so erklärlich, daß in der Statistik die Entstehung nicht mit der Zeit der ärztlichen Behandlung zusammenfällt.

Die häufigste Ursache der Klappenfehler ist bekanntlich der akute Gelenksrheumatismus. Der Grad seiner Beteiligung an der Entstehung der Klappenfehler wird von den verschiedenen Autoren ebenfalls in abweichenden Prozentverhältnissen angegeben, und zwar nach Schnitt in 36·6%, dagegen ist nach Leuch der Gelenksrheumatismus in 65·5% aller Fälle die Entstehungsursache. Wenn wir von der Arteriosklerose und den traumatischen Verhältnissen (Zerreißungen von Sehnenfäden, Klappensegel) absehen, dann sind es also hauptsächlich die sogenannten Infektionskrankheiten, die das Herz schädigen. Der Muskelrheumatismus ist in der gleichen Weise wie der Gelenksrheumatismus als Infektionskrankheit anzusehen und verursacht wie dieser ebenfalls Endokarditis. Auch Chorea minor wird mit Herzfehlern in ursächlichen Zusammenhang gebracht.

Wahrscheinlich verursachen dieselben Krankheitsstoffe den akuten Gelenksrheumatismus, die Endokarditis und Chorea zugleich. Die Chorea schließt sich oft an eine frische Endokarditis an, daher erachtet es Knirckes auch für wahrscheinlich, daß sich entzündliche Produkte von den Klappen dem Blute beimischten und so die Funktion der Nervenzentren störten. Das Endokard ist für den Infektionskeim des akuten Gelenksrheumatismus besonders empfindlich. Selbst wenn man annähme, daß bei einer direkten Berührung des Endothels mit dem infektiösen Blute eine stärkere Einimpfung der Keime stattfände als bei der Durchströmung der Gewebe auf dem Wege des Kreislaufes, so müßte das doch bei den anderen Infektionskrankheiten, denen die Klappen in gleicher Weise ausgesetzt sind, auch der Fall sein. Die übrigen keimempfindlichen Gewebe, die von dem infektiösen Blute durchströmt werden, erkranken aber bei weitem nicht so häufig, z. B. das Perikard, die Pleura, das Peritoneum, die Meningen, die Synovia der Gelenke oder der Herzmuskel. Die Zahlen stehen zu weit auseinander. Durch Gelenksrheumatismus waren nach Guttmann unter 418 Fällen **54·7%** Herzfehler bedingt

durch Chorea und Masern nur je 3·6%
„ Scarlatina nur . . . . 2·1%
„ Pertussis . . . . 1·0%
„ Pneumonie . . . . 3·1%
„ Typhus . . . . 3·1%
„ Malaria . . . . 2·1%
aus nicht nachweisbarer Ursache noch 11·9%

Warum das Endokard des linken Herzens häufiger und stärker erkrankt, wird dadurch erklärt, daß hier die stärkste Bewegung, Reibung und Druck des Blutes vorhanden sei. Aber auch hier ist die Zahlendifferenz zwischen links und rechts zu groß, als daß sie allein durch den Blutdruckunterschied des linken und rechten Herzens erklärt würde. 65—70% aller Herzfehler sind Mitralfehler (Nothnagel), während auf die Trikuspidalis nur etwa 0·14% der Fälle kommen.

Hinsichtlich des Geschlechtes ist nach den früheren Statistiken bei Mitralfehlern das weibliche bevorzugt, und zwar sollen von der Gesamtzahl der Mitralfehler 3/5 auf das weibliche und 2/5 auf das männliche Geschlecht fallen. Neuere Untersuchungen und Beobachtungen, besonders von Romberg, haben dargetan, daß sich die Klappenerkrankungen auf Männer und Frauen doch nahezu gleichmäßig verteilen. Im Kindesalter (bis 15 Jahren) überwiegen bei weitem die Mädchen.

Vielleicht mag die Chlorose, die schlechtere Blutbeschaffenheit, eine Disposition zur Erkrankung abgeben, wie ja doch auch die Erfahrung hereditäre Verhältnisse als begünstigend annimmt, ohne daß eine andere wissenschaftliche Erklärung als die der Disposition gegeben werden kann. Die auf Arteriosklerose beruhenden Herzfehler, die etwa 9% der Erkrankungen darstellen, möchte ich hier streng genommen ausschalten, weil „Herzfehler“ im gewöhnlichen Sinne pathologisch-anatomisch etwas abgeschlossenes, beendetes darstellt, dagegen die Arteriotklerose eine im allgemeinen fortschreitende, sich weiterentwickelnde Krankheit ist, deren Teilerscheinung die Klappensklerose ist. Ich zähle daher eigentlich, wie ich das auch schon in meiner Broschüre über „Arteriosklerose“ vor einigen Jahren andeutete, die arteriosklerotischen Vitien nicht den Herzfehlern, sondern der Arteriosklerose zu. An der erwähnten Stelle ist auch darauf hingewiesen, daß die Zahl dieser Störungen zugenommen habe, weil eben die Arteriosklerose zugenommen, das heißt ihre Entstehung mehr nach den jüngeren Jahren zu Fortschritte gemacht habe. Wenn ich hier von Klappenfehlern spreche, so sind die arteriosklerotischen nicht gemeint.

Von den Klappenfehlern, denen akute Rheumarthritis zugrunde liegt, sind also beinahe 70% Mitralfehler und nur je 15% solche an der Aorta, oder Kombinationen von Mitralmit Aortenfehlern.

Für den Verlauf und die Bedeutung eines Klappenfehlers ist die Kompensation bekanntlich das ausschlaggebende und wichtigste. Und zwar gibt es, wie Jürgensen mit Recht sagt, eine Prognose nicht für einen bestimmten Fehler, sondern für einen bestimmten Menschen. Natürlich spricht die Art des Fehlers und der Grad des Ausgleiches dabei mit.

Es kommt dann weiterhin eben noch auf die gesamte Konstitution des Kranken an. Und darin haben sich die Anschauungen gegen früher etwas günstiger gestaltet. Man hat den ausschließlich pessimistischen Standpunkt bei der Beurteilung der Bedeutung und des Verlaufes eines Herzfehlers jetzt geändert. Früher wurde der Patient, auch wenn er einen vollständig kompensierten Herzfehler hatte und sich vollständig wohl fühlte, doch als ein schwer Kranker angesehen. Das Wort Herzfehler hatte für den Kranken und die Umgebung etwas vollständig Niederdrückendes. Diesen schweren pessimistischen Anschauungen gegenüber hat die Erfahrung immer mehr gezeigt, daß ein vollkommen ausgeglichener Herzfehler jahrelang bestehen kann und der Patient sich während dieser Zeit in ungetrübter Weise seines Lebens erfreuen kann. Wir wissen doch, daß ein Klappenfehler oft nur ganz geringe, in manchen Fällen gar keine Beschwerden machen kann, und die Leistungsfähigkeit so wenig beeinträchtigt ist, daß der Kranke überhaupt gar keine Ahnung von dem Bestehen eines Herzfehlers hat. Die Entstehungsursache ist dann in diesem Falle nicht mehr bestimmt zu beurteilen, da der Kranke sich an irgend welche voraufgegangene Krankheit nicht mehr erinnert. Wenn wir einen Herzfehler dann erst als kompensiert ansehen, wenn der damit Behaftete durchaus ebenso leistungsfähig ist wie der Gesunde, dann müssen wir eben dem Herzen eine überaus große Akkommodationskraft zugestehen. (Schluß folgt.)

Kongreß für Schulgesundheitspflege.

Z. Auf der 8. Jahresversammlung des deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege in Karlsruhe waren hauptsächlich nur die Stadtverwaltungen, Ärzte und Lehrer vertreten, und es scheint, daß man außerhalb dieser Kreise den hier behandelten Fragen noch nicht das erforderliche Interesse entgegenbringt. Den Berufen nach entfielen auf die Ärzte 41, auf die akademisch gebildeten Lehrer 47, die übrigen Lehrer 22 und auf die städtischen Beamten 23 Personen.

Der Verein will sich weniger mit dem Bau und der Einrichtung der Schulhäuser, als vielmehr mit dem inneren Betrieb beschäftigen und dazu beitragen, daß der Unterricht auf allen Stufen auf physiologisch-psychologischer Grundlage aufgebaut werde. Von diesen Bestrebungen waren auch die Karlsruher Verhandlungen beherrscht. Am ersten Tage wurde die Notwendigkeit einer Umwandlung der derzeitigen Schulen in eine Einheitsschule besprochen, wofür nicht weniger als drei Berichterstatter bestimmt waren.

Gründlich und großzügig zugleich behandelte der Obersanitätsrat Dr. Hueppe, der Direktor des hygienischen Institutes der Universität Prag, die Frage, und kam mit seinen beiden Mitberichterstattern, Direktor Dörr, Frankfurt a. M., und Oberlehrer Dr. Gruhn, Berlin, zu dem Ergebnis, daß nur eine von unten nach oben organisch aufgebaute Einheitsschule imstande sei, die Mängel der derzeitigen Schulorganisation zu beseitigen und in ausreichender Weise auf die verschiedenen Berufe vorzubereiten. Die Einheitsschule soll in drei Abteilungen zerfallen, von denen die Unterstufe die heutige Volksschule zu umfassen hätte. Die zweite Stufe (Mittelschule) hätte für alle bürgerlichen Berufe vorzubereiten und mit der Berechtigung zum Einjährig-Freiwilligendienst abzuschließen. Die Oberstufe endlich würde die Teilung in realistische und humanistische Fächer bringen und zur Hochschule hinüberleiten. Die Schüler, die in die Mittelschule nicht hinaufsteigen, würden in allgemeinen und fachlichen Fortbildungs- und technischen Schulen Aufnahme finden. Da für jede der drei Stufen vier Jahre vorgesehen werden müßten, so würde für alle Schüler die Schulbildung bis zum 18. Lebensjahre reichen. In der Oberstufe soll, einer alten pädagogischen Forderung entsprechend, der jetzt übliche Schulbetrieb in freierer Weise geändert werden, so daß der Übergang zur Hochschule keine allzu schroffen Veränderungen mehr mit sich bringt. Diese allgemein gebilligten Vorschläge sind vom theoretischen Standpunkte aus sehr gut, und es lassen sich auch eine Reihe von gewichtigen Gründen für die Einheitsschule geltend machen. Sie ist besonders in kleineren Gemeinden, die nur eine Schule unterhalten können, von größtem Nutzen. Ob sie aber ihre Aufgabe voll zu erfüllen vermag, ob sie namentlich auch imstande ist, das Wissen in gleichem Maße wie heute die Gymnasien und Realanstalten zu vermitteln, erscheint doch noch zweifelhaft. Wenn auch die Aufnahmefähigkeit der Schüler mit zunehmendem Alter wächst, wird damit noch keineswegs der unwiderlegliche Beweis erbracht sein, daß vier Jahre des Studiums altklassischer Sprachen die Jugend in der Weise in den humanistischen Geist einführen können, wie es jetzt auf den Gymnasien geschieht.



In der Versammlung scheinen nur wenige Vertreter der humanistischen Bildung anwesend gewesen zu sein, sonst wäre jedenfalls von der einen oder anderen Seite der Nachweis geführt worden, daß das Gymnasium nicht so weltfremd ist, wie es von einzelnen Rednern hingestellt wurde, und daß auch in der heutigen Zeit von einem Rückgang seiner Leistungen nicht wohl gesprochen werden kann. Wenn man auch nicht bestreiten will, daß durch die reichere Berücksichtigung der Realfächer ein der humanistischen Bildung fremdes Element in das Gymnasium eingeführt worden ist, so kann doch wenigstens in Baden von einer Überbürdung der Schüler nicht wohl gesprochen werden. Gesundheitliche Nachteile sind auch bei den badischen Gymnasien anerkanntermaßen noch nicht entstanden. Die Besprechung wurde aber allmählich von den großen Gesichtspunkten abgelenkt und verlor sich in einer Reihe von Einzelfragen, so daß von einer völligen Klärung nicht eigentlich die Rede sein kann. Gerade aber diese zutage getretenen Schwierigkeiten zeigen andererseits, daß der ursprünglich in Aussicht genommene Weg, durch Einberufung einer deutschen Reichsschulkonferenz die Einführung einer Einheitsschule in allen deutschen Bundesstaaten vorzubereiten, nicht sehr rasch zum Ziele führen würde, und so entschloß man sich zur Annahme eines Antrages, eine willige Stadtverwaltung zu der Errichtung einer Einheitsschule zu bewegen, um so die gewonnenen Erfahrungen mit den Erfolgen der jetzigen Schulen vergleichen zu können.

Der zweite Tag war der Abschaffung der Reifeprüfung gewidmet. Die beiden Berichterstatter, Direktor Dr. Horn, Frankfurt a. M., und Nervenarzt Dr. Dornblüt, Karlsruhe, wiesen vom pädagogischen und schulhygienischen Standpunkte aus in wirksamer Weise auf die Nachteile der Reifeprüfung hin. Der Zweck, um dessentwillen die Prüfung seinerzeit eingeführt wurde, nämlich den Besuch der Hochschule durch unreife Jünglinge zu verhüten, kann selbstverständlich auch ohne solche Prüfungen erreicht werden, zumal unsere höheren Schulen gleich organisiert sind und von den Staatsbehörden auch genau überwacht werden. Die Reifeprüfung ist der körperlichen und geistigen Gesundheit sicherlich nicht förderlich und erschwert auch notwendige Reformen der höheren Schulen, wie sie auch geeignet sein kann, den Unterrichtsbetrieb des letzten Schuljahres zu stören. Diese Nachteile müssen unseres Erachtens aber nicht immer eintreten, und man wird nicht schlechterdings von einem Drill und einer Überschätzung des Wissens als der notwendigen Folge der Reifeprüfungen sprechen können. Jahrzehntelang im Schuldienst stehende Gymnasiallehrer bestätigen aus ihrer Erfahrung, daß fast noch nie ein Schüler die Reifeprüfung nicht bestanden hat, von dem die Lehrerschaft ein anderes Ergebnis erwartet hatte, daß aber im Gegenteil schon manche Schüler mit dem Reifezeugnis entlassen wurden, die vor der Ablegung der Prüfung nach Ansicht der Lehrer nicht für reif gehalten wurden. Trotzdem kann man der Aufhebung der Prüfung wohl zustimmen. Denn Schüler, die mehrere Jahre dieselbe Anstalt besuchen, müssen ihren Lehrern bezüglich ihres Wissens so bekannt sein, daß es einer besonderen Feststellung durch eine Prüfung nicht bedürfen sollte. Dabei wird aber andererseits zu berücksichtigen sein, daß die Reifeprüfung nicht allein wegen der Schüler, sondern auch wegen der Lehrer selbst abgehalten wird. Fällt sie weg, so wird die staatliche Aufsichtsbehörde sich auf eine andere Weise von Zeit zu Zeit von dem Wissen der Schüler und den Leistungen der Lehrer Kenntnis verschaffen müssen, so daß an den tatsächlichen Verhältnissen nicht allzu viel geändert werden wird.

Über Unterrichts- und schulhygienische Fragen wurde am dritten Tag verhandelt. Hier scheint man noch mehr als am Tage vorher über das Maß des Erreichbaren hinausgegangen zu sein. Die Vorschläge, die hier gemacht wurden, sind alle wohl gemeint, sie werden aber bei ihrer praktischen Durchführung nicht nur auf finanzielle Schwierigkeiten stoßen, sondern auch Bedenken anderer Art hervorrufen. Dahin gehört beispielsweise der Vorschlag des sonst vortrefflichen Berichtes des Straßburger Beigeordneten Dominikus, die Ernährung und Kleidung der Kinder nötigenfalls auf städtische Kosten zu übernehmen. Auch die Errichtung von Sonderschulen für tuberkulöse Kinder u. dgl. gehört hieher. Dagegen muß man der Einführung regelmäßiger Bäder in allen Volksschulen, sowie der Einführung eines wöchentlichen Spielnachmittags für alle Schulen wie auch der Anstellung von Schulärzten rückhaltslos zustimmen. Es kann auch nur von Vorteil sein, wenn dem Schularzt ein größerer Einfluß bei der Durchführung seiner Vorschläge eingeräumt und auch die Lehrerschaft entsprechend hygienisch vorgebildet wird. Professor Dr. med. Schmidt in Bonn verlangt von den Lehrern für alle Schüler die Führung besonderer Personal- und Gesundheitsbogen, in die alle beobachteten Erscheinungen, wie häufiger Kopfschmerz, unlustiges und gereiztes Wesen, Abgespanntheit oder sonstige Anzeichen geistiger Ermüdung u. a. einzutragen wären.

II. Referate.

Über funktionelle Hypertrophie überpflanzter Schilddrüsenstückchen beim Menschen. Von Dr. H. Cristiani, o. ö. Professor und Dr. E. Kummer, Privatdozent.

Während langer Zeit wurde die Schilddrüsenüberpflanzung beim Menschen für erfolglos gehalten, weil man, ausgehend von erfolglosen Versuchen einiger Forscher annahm, daß das transplantierte Schilddrüsengewebe atrophisch zugrunde gehen müsse, selbst in Fällen, wo für letzteres ein Anwachsen und eine teilweise Regeneration anfänglich nachweisbar war.

Versuche aber von v. Eiselsberg und Cristiani haben diese pessimistische Auffassung als irrtümlich erkennen lassen.

v. Eiselsberg hat nachgewiesen, daß überpflanztes Schilddrüsengewebe einheilen und funktionsfähig werden kann; Cristiani hat gezeigt, daß das transplantierte und funktionierende Schilddrüsengewebe sich dauernd an seinem neuen Standorte erhält, vorausgesetzt freilich, daß die Übertragung nach bestimmten Regeln ausgeführt wurde.

Cristiani erörterte die biologischen und technischen Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit die übertragenen Schilddrüsenpartikel dauernd am Leben erhalten bleiben.

Unter diesen Bedingungen muß besonders erwähnt werden, daß die überpflanzten Stücke klein, aber zahlreich seien (Schilddrüsen-Saatkörner, Semis thyroïdiens), daß nur Schilddrüsengewebe von der gleichen Tierspezies verwendet werde, und endlich, daß lebendes Gewebe übertragen werde: Es sollen nicht mehr als 10 Sekunden vergehen zwischen dem Moment der Entnahme und dem Augenblick der Überpflanzung des Schilddrüsenstückchens.

Die durch zahlreiche Tierversuche gefundenen Regeln wurden nun von ihnen auch bei Operationen am Menschen befolgt. Bei diesen Untersuchungen am Menschen sollte zuerst untersucht werden, ob es möglich sei, hier ähnliche Übertragungen von Schilddrüsengewebe zu machen, wie am Tiere; sodann ob die Transplantationen als therapeutisches Verfahren verwendet werden könnten, in Fällen von Mangel oder Insuffizienz der Schilddrüse, und endlich ob das Material für solche Transplantationen von bestimmten Kröpfen bezogen werden könne.

Das Resultat dieser Untersuchung läßt sich in folgende Sätze zusammenfassen: Beim Menschen kann man mit Erfolg menschliche Schilddrüsenstückchen überpflanzen; das zu transplantierende Drüsengewebe kann von histologisch normalen Teilen gutartiger Kröpfe bezogen werden. Die auf diese Weise transplantierten Schilddrüsenstückchen zeigten nach 15 Monaten, histologisch untersucht, eine der normalen Schilddrüse vollkommen gleichartige Struktur.

Von diesen anatomischen Nachweisen ausgehend, haben sie die Versuche weitergeführt, und dieselben haben das Resultat zutage gefördert, daß die Stückchenübertragung eine erfolgreiche Behandlungsmethode ist bei schwerem Myxödem und bei Kretinismus; und die bei im ganzen 26 Fällen gemachten Erfahrungen der Stückchentransplantation beim



Menschen berechtigen, auf diese Behandlungsmethode große Hoffnungen zu setzen.

Die Beobachtung, welche den Gegenstand der vorliegenden Untersuchung bildet, bietet nach verschiedenen Richtungen ein Interesse, aber wir wollen sie hier wesentlich nur von der pathologisch-anatomischen Seite aus beleuchten. Es handelt sich nämlich hier um einen Fall von Schilddrüsenübertragung beim Menschen, wo, für den Menschen zum erstenmale, am transplantierten Drüsengewebe der Charakter einer regelrechten Hypertrophie nachgewiesen wird. Es handelt sich um folgenden Fall:

Bei einer Frau, bei der wegen Kropf fast die ganze Schilddrüse entfernt werden mußte, sind die unter der Akromialhaut verpflanzten Schilddrüsenpfröpflinge angewachsen und hatten sich regelrecht weiter entwickelt, ganz so, wie wenn das Drüsengewebe im Zusammenhang mit dem Mutterboden und der normalen Gefäßversorgung geblieben wäre.

Diese überpflanzten Schilddrüsenstückchen haben nicht nur weitergelebt, sondern haben sich sehr deutlich vergrößert, so daß sie drei Jahre nach der Transplantation das mehrfache ihrer ursprünglichen Größe aufwiesen. Eine histologische Untersuchung eines nach drei Jahren exstirpierten Pfröpflings hat ein mit der normalen Schilddrüse ganz übereinstimmendes Aussehen. Es ist ferner wohl ganz außer Zweifel, daß die Pfröpflinge bei dieser Patientin auch an der Gesamtschilddrüsenfunktion teilgenommen haben. Schon experimentelle Kenntnisse genügen, um darüber keinen Zweifel zu lassen. Aber die Erfahrungen an einer an Cachexia thyreopriva verstorbenen Patientin, welche am gleichen Tage die gleiche Operation durchgemacht hatte, bei welcher aber, bei Erhaltung von eher mehr Schilddrüse als bei der ersten, eine Schilddrüsenpfropfung unterblieben war, diese Erfahrung demonstriert uns die Nützlichkeit der Schilddrüsenpfropfung.

Es scheint wichtig, noch einmal darauf hinzuweisen, daß der Pfröpfling von histologisch normalem Schilddrüsengewebe eines Kropfes entnommen wurde. Dieser Umstand ist von größter Wichtigkeit für die Ausführung der Schilddrüsenpfropfung, welche auf diese Weise in einfacher und leicht zugänglicher Weise ausgeführt werden kann.

Mit der Methode der Schilddrüsenpfropfung ist es möglich, beim Menschen neue Schilddrüsenorgane zu erzielen, die sich nicht nur auf die Dauer erhalten und funktionieren, sondern die sich auch nach und nach vergrößern, so daß kleine Pfröpflinge mit der Zeit zu Neu-Schilddrüsen (glandulae neothyreoidea) von ansehnlicher Größe auswachsen. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 49.)

*

Der heutige Stand unseres Wissens über die Organe mit innerer Sekretion. Von Dr. L. Reinhardt.

Die Milz ist nicht nur eine den Blutgehalt der Verdauungsorgane regulierende sogenannte Blutgefäßdrüse, sondern auch eine zahlreiche mononukleäre Lymphozyten in die Blutbahn werfende Drüse. Ihre operative Entfernung bewirkt zunächst nach Rudolf Stähelin eine allgemeine Schwäche und Schmerzen in den langen Röhrenknochen, besonders in den Beinen, worauf nach einigen Monaten eine allgemeine, sehr lange Zeit anhaltende vikariierende Schwellung der Lymphdrüsen im ganzen Körper eintritt. Während anfänglich die geringsten Wunden auffallend schlecht heilen, ist mit der stärkeren Ausbildung der in Vertretung der Milz Lymphozyten liefernden Organe in Knochenmark und Lymphdrüsen die Widerstandskraft des Blutes gegen bakterielle Invasion wieder einigermaßen normal geworden. Zugleich ist die Milz ein Einschmelzungsorgan für die zugrunde gehenden roten Blutkörperchen, deren eisenhaltige Bestandteile sie der Leber zur Bildung der Gallenfarbstoffe zuführt; ferner ist sie bei der Bildung des Trypsins von seiten des Pankreas beteiligt und sondert gewisse Stoffe ab, die auf die Zusammenziehungen des Herzens einwirken. Intravenös eingespritztes Milzextrakt erniedrigt zunächst stets den Blutdruck, worauf er später durch Gegenwirkung von anderen Organen des Körpers, besonders der Schilddrüse, wieder in die Höhe geht.

Die Thymusdrüse scheint, so lange sie besteht, die Bedeutung und Tätigkeit einer echten Lymphdrüse zu haben. Dafür spricht schon der Umstand, daß bei Amphibien und Reptilien, welche keine Lymphdrüsen besitzen, die Thymusdrüse ein permanent funktionierendes Organ bleibt. Bei den Warmblütern hat sie eine besondere Bedeutung für die Fötalperiode. Beim Menschen wächst sie noch in den beiden ersten Lebensjahren, um bis gegen das 10. Lebensjahr stationär zu bleiben und schließlich bis zum Ende der Wachstumsperiode zu atrophieren. Ihre besondere Funktion ist noch kaum studiert. Wir wissen bloß das eine, daß sie beim Wachstum der Knochen eine bedeutende Rolle spielt. Operative Entfernung derselben bei jungen Hunden, bei denen sie ein auffallend mächtiges Organ von 8 *cm* Länge und 2—3 *cm* Breite darstellt, führt regelmäßig zu merkwürdigen Störungen im Kalkstoffwechsel. Die Thiere ohne Thymusdrüse verlieren das doppelte bis fünffache an Kalk durch die Nieren wie die nicht operierten Kontrolltiere. Durch die Entfernung der Thymusdrüse bleiben die Knochen nicht nur im Wachstum zurück, sondern sie werden weich und biegsam, brechen leichter als bei normalen Tieren, und sind sie gebrochen, so bildet sich fast kein Kallus mehr, wodurch eine Pseudarthrosenbildung in hohem Maße begünstigt wird.

Eine sehr wichtige Drüse mit innerer Sekretion ist die Schilddrüse, die ebenfalls beim jugendlichen Individuum einen großen Einfluß auf das Wachstum besitzt, außerdem aber dauernd einen Saft absondert, der höchst energisch, besonders beim Erwachsenen, giftige, aus den Zellkernen der Nahrung stammende Eiweißstoffe, die man als Nukleoproteïde bezeichnet, zerstört, indem sie dieselben in unschädliche Komponenten spaltet, und diese an gewisse jodhaltige Stoffe bindet, mit denen sie durch die Nieren aus dem Blute geschafft werden. Eingehend wurden sodann die verschiedenen Folgen von Schilddrüsenmangel einerseits und Hyperthyreoidose anderseits erläutert, ferner besonders auf die Vergiftungserscheinungen bei der Basedowschen Krankheit eingegangen und deren verschiedene Behandlungsmethoden durch Kocher in Bern auseinandergesetzt. Sodann wurden die Folgen von zu reichlicher Fütterung mit Schilddrüsensubstanz besprochen und anderseits auch erwähnt, daß nach den eingehenden Versuchen von Lanz in Amsterdam Verlust der Schilddrüse eine Aufhebung der Fortpflanzungsfähigkeit nach sich zieht.

Die Bedeutung der Nebenschilddrüsen liegt auf ganz anderem Gebiete. Auch sie entgiften zwar, so klein sie sind, energisch den Körper, aber von ganz anderen giftigen Stoffwechselprodukten als die Schilddrüse. Vollständige Beseitigung der Nebenschilddrüsen hat binnen kurzer Zeit, oft blitzartig schnellen Tod an Tetanie zur Folge. Partielle Entfernung hat nur vorübergehende Krämpfe zur Folge, aber bald paßt sich der Körper dem kleinen Rest funktionstüchtiger Nebenschilddrüsensubstanz an, der nunmehr genügt, um die giftigen, durch Reizung des Zentralnervensystems Krämpfe erzeugenden Stoffwechselprodukte unschädlich zu machen. Das ändert sich mit einem Schlage, wenn infolge vermehrter Giftbildung, beispielsweise bei chronischem Ekzem, Räude und Schwangerschaft bei den betreffenden Hündinnen die Arbeit der reduzierten und sich spontan nicht mehr regenerierenden Drüsen zur Entgiftung nicht mehr genügte. Dann stellten sich fürchterliche Krämpfe ein, an denen die betreffenden Tiere zugrunde gegangen wären, hätte es nicht Vassale in Modena, dem wir die diesbezüglichen Beobachtungen verdanken, durch Einspritzungen von Nebenschilddrüsensaft in großen Dosen vor dem sicheren Tode gerettet. Nach diesem Autor sind sowohl die eklamptischen Krämpfe der Kinder als auch der Schwangeren durch nichts anderes bedingt, als durch eine Unfähigkeit der Nebenschilddrüsen, im Übermaß im Körper gebildete Gifte zu zerstören. Die Gynäkologen Fabbri und Bossi in Modena, denen Vassale von seinem Nebenschilddrüsensaft zur Verfügung stellte, hatten in mehreren Fällen von schwerer Eclampsia gravidarum auffallend gute Erfolge, so daß sie sich sehr enthusiastisch darüber aus-

sprechen. Doch sind noch weitere Versuche damit abzuwarten, bevor ein endgültiges Urteil über den Wert dieser sehr einfachen Methode abgegeben werden kann.

Weiter wurde die Funktion der Zirbeldrüse besprochen, die hauptsächlich gleich der Schilddrüse als ein kontraktiles Organ je nach dem Drucke der Zerebrospinalflüssigkeit im dritten Gehirnventrikel den Blutzufluß im Stromgebiete des Aquaeductus Sylvii reguliert. Entwicklungsgeschichtlich ist sie das zu solchem Dienste herausgezogene Rudiment des dritten oder Scheitelauges, das die tierischen Vorfahren des Menschen noch zur Triaszeit gut funktionierend besaßen.

Auch der Gehirnanhang ist eine Blutgefäßdrüse, die durch die von ihr abgesonderten Stoffe eine erregende Einwirkung auf das Herz und die muskulösen Elemente der Gefäße ausübt. Zweifellos steht sie in nahen Beziehungen zur Schilddrüse; denn die Entfernung der letzteren bewirkt eine vikariierende Hypertrophie des Gehirnanhangs.

Weiterhin sind auch die Nebennieren für den Haushalt des Organismus äußerst wichtige Drüsen mit innerer Sekretion, indem sie nicht nur das Blut nach einer bestimmten Richtung hin entgiften, sondern auch noch gewisse Stoffe an dasselbe abgeben, wodurch der Tonus der Gefäßmuskeln, des Herzens und der übrigen quergestreiften Muskeln erhöht wird. Sodann wurde die Wirkung der operativen Beseitigung der Nebennieren, sowie auch diejenige der Injektion von Nebennierensaft bei gesunden Tieren erläutert und das Wesen der Addisonschen Krankheit als nicht sowohl eine von den Nebennieren als von degenerativen Vorgängen am Bauchsympathikus ausgehende Affektion zu deuten gesucht.

Aber nicht nur Drüsen ohne Ausführungsgänge, auch sonstige Organe des Körpers, deren Funktionen ganz klar und mit der Erzeugung der betreffenden Sekrete erschöpft zu sein schienen, haben den neuesten Untersuchungen zufolge neben der bisher nur beobachteten äußeren noch eine bestimmte, nur teilweise bekannte innere Sekretion aufzuweisen. So sondern beispielsweise die Nieren nicht nur die mancherlei Schlacken und giftigen Produkte des Stoffwechsels im Urin ab, sondern scheiden auch durch Zusammenziehung der Gefäßwände den Blutdruck erheblich und für verhältnismäßig lange Zeit erhöhende Stoffe ins Blut ab. Im Anschlusse daran wurden die verschiedenen Erscheinungen der Urämie und die verschiedenen Hypothesen zur Erklärung derselben besprochen. Mehrfach hat man Kranke beobachtet, die wochenlang an Anurie litten, ohne deshalb auch urämische Erscheinungen darzubieten. Brown-Séquard erklärte diese Fälle dadurch, daß bei ihnen nur die Harnabsonderung, nicht aber die innere Sekretion der Nieren aufgehoben sei. Als Stütze dieser seiner Auffassung führte er Versuche an, bei denen er an Tieren, deren Nieren exstirpiert wurden, und bei welchen bereits urämische Symptome auftraten, durch Einspritzungen eines wässerigen Nierenauszuges eine auffallende Besserung erzielte. Ferner hat E. Meyer gezeigt, daß nephrektomierte Tiere, die bereits Cheyne-Stockessches Atmen und große Atemnot durch Autointoxikation aufwiesen, durch Einspritzung eines Nierenextraktes in die sehr rasch resorbierende Bauchhöhle sofort wieder eine normale Atmung zeigten.

Eine ähnliche innere Sekretion weist auch die Bauchspeicheldrüse auf, deren Ausschaltung bei allen Säugetieren eine sehr schwierige Glykosurie von 10—12 Gewichtsprozenten hervorruft und dem betreffenden Organismus das Vermögen raubt, aus der Dextrose Glykogen oder Fett zu bilden, so daß die des Pankreas beraubten Tiere, die den Zucker nicht mehr im gewöhnlichen Umfange zu zersetzen vermögen, rasch an Inanition zugrunde gehen.

Auch die Geschlechtsdrüsen, Hoden und Eierstöcke, haben neben der Hauptfunktion, die Art fortzupflanzen, die Nebenfunktion, gewisse Substanzen ins Blut abzusondern, die für die Leistungen des Gesamtkörpers von hervorragender Bedeutung sind, indem sie im allgemeinen den Stoffwechsel anregen, den Tonus und die Leistungsfähigkeit des neuro-muskulären Apparates steigern und überhaupt das körperliche Wohlbefinden heben. Durch diese Stoffe wird nicht nur die Ermüdbarkeit der Muskeln einerseits vermindert, sondern auch die Erholbarkeit derselben bedeutend erhöht. Eingehend wurden die Folgen der Kastration bei Mensch und Tieren besprochen und gezeigt, wie das Fettwerden dabei nur eine Folge der Herabsetzung des Gesamtstoffwechsels ist, wodurch der Überschuß der aufgenommenen Nahrung als Fett aufgespeichert wird. Kastrierte Hunde, und zwar sowohl Männchen als Weibchen, zeigten durchschnittlich eine Verminderung des Sauerstoffverbrauchs von 12 Prozent gegenüber geschlechtlich intakten Tieren. Sodann wurden die nervösen Erscheinungen bei kastrierten Frauen, bestehend in leicht auftretenden Wallungen, Anfällen von Schwindel und Schwitzen, und deren Behandlung durch Injektionen von Ovarialextrakt besprochen.

Dabei wurden die Ergebnisse der Untersuchungen von L. Fränkel in Breslau mitgeteilt, der für diese Fälle vielfach bessere Erfolge in der Verabreichung eines Auszuges des gelben Körpers sah, den er, von den corpora lutea der Kuh gewonnen, in komprimierten Tabletten von 0·3 *g* als Luteïn in den Handel bringt, womit auch der Vortragende in einigen Fällen sehr gute Resultate hatte. Nach diesem Autor ist das corpus luteum nicht nur der vernarbende Graafsche Follikel, wofür man es bisher ansah, sondern eine periodisch sich regenerierende Ovarialdrüse, die durch die von ihr abgesonderten Stoffe die Genitalfunktionen beim weiblichen Wesen regelt, die als Menstruation bezeichnete zyklische Hyperämie der Uterusschleimhaut bewirkt und dem Uterus bestimmte Ernährungsimpulse zuführt, durch die allein eine normale Geschlechtsfunktion innerhalb wie auch außerhalb der Schwangerschaft ermöglicht. Der Aufbau dieser Drüse ähnelt demjenigen der Nebenniere. Um die in Säulen angeordneten Luteïnzellen ist in charakteristischer Weise ein dichtes Gefäßnetz geschlungen, so daß jede einzelne Zelle ausgiebig vom Blute bespült wird. Da die Ernährung des Uterus mit dem darin eingebetteten Ei vom gelben Körper als dessen Hauptfunktion vollbracht wird, so führt seine Exstirpation unfehlbar, wie zahlreiche Versuche ergaben, zu Abort bei der schwangeren Frau und zum Ausbleiben der nächsten Menstruation bei der Nichtschwangeren. Letztere tritt gerade im Momente der höchsten Entwicklung des gelben Körpers ein. Durch die Absonderungen dieser Drüse wird nicht nur verhindert, daß der Uterus weder in das kindliche Stadium zurücksinkt noch auch in das greisenhafte vorauseilt, sondern auch soweit anatomisch vorbereitet, daß er das befruchtete Ei aufnehmen und in seine Schleimhaut so einbetten kann, daß eine normale Weiterentwicklung und Schwangerschaft erfolgt.

Endlich wurde den Absonderungen der verschiedenen Körperhöhlen die nötige Aufmerksamkeit geschenkt und betont, daß sie in der Regel keine Transsudate, sondern spezifische Exkrete sind, die von den betreffenden Epithelzellen ausgeschwitzt werden. So ist beispielsweise die Zerebrospinalflüssigkeit ihrer ganzen Zusammensetzung nach kein bloßes Filtrat, sondern ein besonderes Exkret des Ependym genannten Zellüberzuges, das den Zentralkanal von Gehirn und Rückenmark auskleidet. (Korresp.-Bl. für Schweizer Ärzte Nr. 7, 1907.)

*

Über eosinophile Darmerkrankungen. Von Dr. Otto Neubauer und Dr. Carl Stäubli.

Die eosinophilen Affektionen der Schleimhäute sind, wie zuerst die Untersuchungen beim Bronchialasthma gelehrt haben, neben dem charakteristischen Vorkommen der eosinophilen Leukozyten am Krankheitsherde (Friedrich Müller) durch das lokale Auftreten der Charcot-Leydenschen Kristalle und durch Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blut ausgezeichnet. Da alle bekannten Tatsachen dafür zu sprechen scheinen, daß die Charcot-Leydenschen Kristalle aus den eosinophilen Körnelungen hervorgehen, so ist ihr Nachweis für diagnostische Zwecke gleichbedeutend mit dem



Befund der eosinophilen Zellen. Die Vermehrung der eosinophilen Leukozyten im zirkulierenden Blute ist eine häufige, aber sicher nicht konstante Begleiterscheinung der in Rede stehenden Prozesse; ja die charakteristischen Zellen können im Blut sogar gegenüber der Norm vermindert sein (so beim Bronchialasthma im Beginn des Anfalles (Heineke und Deutschmann) oder vollständig fehlen.

Von den eosinophilen Erkrankungen des Verdauungsapparates sind die durch tierische Parasiten bedingten am besten bekannt. Bäumler und Perroncito haben zuerst bei Ankylostomiasis Charcot-Leydensche Kristalle im Stuhl beobachtet; später sind diese auch bei Anwesenheit anderer Darmparasiten gefunden worden (Leichtenstern, Bücklers); eosinophile Zellen konnten dabei allerdings nicht uachgewiesen werden, wohl deswegen, weil sie im Darminhalt rasch zerfallen. Dagegen ist von Zappert und Bücklers ihre Vermehrung im Blute festgestellt worden.

Über den diagnostischen Wert der Eosinophilie bei Darmerkrankungen gehen die Meinungen auseinander: Leichtenstern und seine Schüler sehen sie als pathognomonisch für Wurmkrankheiten an in dem Sinne, daß der Befund von Charcot-Leydenschen Kristallen in den Entleerungen, respektive die Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blut ein sehr häufiges, für bestimmte Parasiten (Ankylostomum, Anguillula) sogar ein nahezu konstantes Symptom sei, das bei anderen Darmaffektionen dagegen kaum vorkomme; es könne somit aus der Anwesenheit der Kristalle mit größter Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Wurmkrankheit gestellt werden. Dagegen haben Zappert. Grawitz, Roesen u. a. bei sichergestellter Gegenwart von Darmparasiten, auch bei Ankylostomiasis, in der Regel vergebens nach den Kristallen gesucht. Anderseits sind diese vereinzelt auch bei anderen Darmaffektionen gefunden worden; Nothnagel hatte sie schon früher gelegentlich bei verschiedenen Erkrankungen des Intestinaltraktes gesehen; Akerlund gibt an, sie bei Enteritis membranacea beobachtet zu haben, und nach Ruge kommen sie auch in dem glasigen Schleim der Amoebendysenterie vor; Dock hat bei dieser Krankheit auch eosinophile Zellen im Stuhl gefunden und ihre Vermehrung im Blut nachgewiesen. Schmidt hat die Kristalle mehrfach in Eiterflocken angetroffen.

Nach ihren eigenen Erfahrungen kommen die Kristalle bei verschiedenen Darmkrankheiten vor; wir haben sie sowohl bei akuten wie bei chronischen Affektionen hin und wieder gefunden. (Folgt die Schilderung zweier Fälle.)

Die beiden beschriebenen Fälle von akutem Brechdurchfall zeichnen sich durch ihr vollkommen analoges Verhalten aus; in beiden Fällen ganz akuter Beginn, schwer gestörtes Allgemeinbefinden mit kleinem Puls, ohne Temperatursteigerung, eingezogener, teigig anzufühlender Leib, Diarrhöen, Erbrechen, Albuminurie mit vielen Zylindern, Ausscheidung von reichlichen Mengen von Fäulnisprodukten (Indikan, aromatische Oxysäuren) durch den Urin, rasche Genesung bei gleichzeitiger reichlicher Diurese. In beiden Fällen ergibt sich im Höhenstadium neben der Eosinophilie des Darminhaltes (Kristalle im ersten, eosinophile Leukozyten im zweiten Falle) vollständiges Fehlen der Eosinophilen im Blut. Erst mit dem Abklingen der Symptome treten diese wieder auf. Man könnte geneigt sein, dieses Fehlen der eosinophilen Zellen im Blut in Parallele zu setzen mit dem gleichen Befund bei schweren, allgemeinen, bakteriellen Erkrankungen (Sepsis, Typhus). Den Autoren scheint es mit Rücksicht auf den Nachweis der Darmeosinophilie in den folgenden Fällen wahrscheinlicher, eine Analogie zu dem Befunde von Heineke-Deutschmann anzunehmen, die im Beginne des Asthmaanfalles ebenfalls ein starkes Sinken der eosinophilen Zellen im Blute nachwiesen. Sie deuteten dieses Verhalten so, daß die eosinophilen Zellen des Blutes zunächst an den Ort der Erkrankung auswanderten.

Die starke Vermehrung des Hämoglobingehaltes, die schon wiederholt beschrieben worden ist, ist auch in ihren Fällen deutlich; sie ist von den meisten Autoren als Eindickung des Blutes gedeutet worden, doch fiel bei ihrer Beobachtung auf, daß die Zahl der roten Blutkörperchen nicht oder wenigstens nicht im selben Verhältnis wie das Hämoglobin vermehrt war. Dieses Verhalten ist durch die einfache Annahme einer Eindickung des Blutes infolge des starken Wasserverlustes durch den Darm nicht zu erklären; offenbar enthielt das einzelne rote Blutkörperchen mehr Hämoglobin als normaler Weise. Der Gedanke liegt nicht fern, daß rote Blutzellen zugrunde gegangen sind und die überlebenden das Hämoglobin aufgenommen haben. Mit der Besserung des Befindens wurden die Hämoglobinwerte wieder normal. Als eine Folge der Eindickung des Blutes bei Brechdurchfall und Cholera asiatica wurden von den meisten Autoren die Wadenkrämpfe und die Krämpfe in anderen Muskeln angesprochen. Solche schmerzhafte Muskelkontraktionen waren bei Fall I sehr deutlich und mit starker, mechanischer Muskelerregbarkeit verknüpft, im Fall II ließ sich nur diese Übererregbarkeit konstatieren, ohne daß es zu spontanen Muskelkrämpfen kam. (Folgt Fall III.)

Dieser Fall, der nach seinem klinischen Verlauf als akute Dysenterie zu bezeichnen ist, bei dem jedoch trotz eingehender Untersuchung Amöben vermißt wurden und auch keine typischen Dysenteriebazillen nachgewiesen werden konnten, zeigt, daß die Darmeosinophilie nicht nur bei der Amöbendysenterie vorkommt, bei der sie von Dock beschrieben wurde, sondern auch bei anderen dysenterischen Zuständen unklaren Ursprungs. Sie besitzt demnach keinen Wert zur Unterscheidung der Amöbendysenterie von anderen Dysenterieformen. (Folgt Fall IV.)

Es handelt sich hier also um einen eosinophilen Katarrh des Dünn- und Dickdarms, Atonie und Erweiterung des Magens, Hypochondrie. Die Beteiligung des Dünndarms geht aus der bedeutenden Störung der Fettresorption hervor, bei fehlendem Ikterus und normaler Pankreasfunktion (Glutoidprobe); die Beteiligung des Dickdarmes aus der Entleerung größerer Schleimmengen, speziell nach Einlauf. Der unterste Abschnitt des Darmes war, wie die rektoskopische Untersuchung zeigte, frei von pathologischen Veränderungen. Der entleerte Schleim war in diesem Falle besonders reich an Kristallen, sowie an eosinophilen Zellen, deren Zahl auch im Blut weit über die Norm gesteigert war. Bemerkenswert ist auch die Kombination mit funktionell nervösen, hypochondrischen Erscheinungen, die ja auch bei anderen eosinophilen Erkrankungen häufig beobachtet wird.

Außer den allgemeinen Erkrankungen des Darmes scheint nun eine wohl charakterisierte eosinophile Affektion des untersten Darmabschnittes vorzukommen, deren Beobachtung durch die modernen Hilfsmittel der Rektoskopie ermöglicht worden ist. (Folgt die Krankengeschichte der drei einschlägigen Fälle.)

Der Fall V erweckte zuerst den Verdacht, daß es sich um eine Form echter chronischer Dysenterie handeln könnte. Wie erwähnt, konnten aber trotz eifrigen Suchens weder Amöben noch Dysenteriebazillen nachgewiesen werden. Für Lues lagen keine Anhaltspunkte vor, ebensowenig für eine gonorrhoische Natur der Affektion. Die ausgeprägte Eosinophilie des Blutes (bis 15%), das Vorhandensein reichlicher eosinophiler Leukozyten in den örtlichen Auflagerungen, die zahlreich vorhandenen Charcot-Leydenschen Kristalle, sowie die Natur der rektalen Erkrankung selbst wiesen auf eine eigenartige Erkrankung hin. Beobachtungen dieses Komplexes bei chronischer Dysenterie sind unseres Wissens bis jetzt nicht veröffentlicht worden, immerhin dürfte es angezeigt sein, hieraut speziell das Augenmerk zu richten. (Folgt Fall VI und VII.)

Die geschilderten drei Fälle weisen zweifellos auffällige übereinstimmende Merkmale auf. In allen drei Fällen handelt es sich um jugendliche Patienten, die wegen schwerer Diarrhöen, Abgang von Schleim und Blut die ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen. Im Fall V hatte der Blutverlust zu schweren anämischen Erscheinungen geführt. Auch die Beobachtung während des Krankenhausaufenthaltes ergab in Übereinstimmung mit den Angaben der Patienten häufige



Entleerungen meist dünnbreiigen, mit eitrigem Schleim und frischem Blut vermengten Stuhles. Die mikroskopische Untersuchung ergab in allen drei Fällen Charcot-Leydensche Kristalle, in zwei Fällen auch noch zahlreiche, gut erhaltene eosinophile Zellen. Darmschmarotzer oder Eier, spezifische Bakterien (Dysenterie, Tuberkelbazillen und Gonokokken) wurden trotz eifrigen Suchens nicht gefunden. Auch die Untersuchung mit dem Rektoskop ergab in allen drei Fällen ein übereinstimmendes Bild:

Auf der im ganzen lebhaft geröteten, samtartig aufgelockerten Rektalschleimhaut fanden sich linsen- bis erbsengroße, gelblich-weiße, leicht abstreifbare Auflagerungen, die bei der mikroskopischen Untersuchung als charakteristische, eosinophile Bestandteile eosinophile Leukozyten, Granulahaufen und Charcot-Leydensche Kristalle enthielten. Nach dem Abstreifen des Belages blieb eine stark gerötete, leicht blutende, aber nicht deutlich vertiefte Schleimhautstelle (Erosion) zurück. Nirgends war ein tieferes Geschwür oder eine Narbe zu sehen. Offenbar sind die zum Teil recht beträchtlichen spontanen Blutungen, die die Patienten ins Krankenhaus geführt hatten, als Hämorrhagien aus solchen oberflächlichen Erosionen nach dem Abstreifen des Belages durch die an den Plaques vorbeistreichenden Fäkalmassen aufzufassen.

Der lokalen Eosinophilie entsprach, wie dies ja auch bei anderen örtlichen eosinophilen Affektionen, wie z. B. Asthma, Pemphigus usw. bekannt ist, in zwei von drei Fällen eine zum Teil recht beträchtliche Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blut (bis 15% Fall V, in Fall VI lag die Zahl der eosinophilen Zellen an der oberen Grenze der Norm).

Das Leiden ist dadurch charakterisiert, daß es in einzelnen, mitunter sehr heftigen, Wochen bis Monate andauernden Schüben auftritt. Zwischen diesen Schüben können, wie es scheint (Fall VII), die Veränderungen vollständig fehlen. Es kann aber auch zwischen den einzelnen Schüben ein leichter chronischer Zustand bestehen bleiben. Es scheint, daß die Krankheit plötzlich mit einem akuten Anfall einsetzen kann, wenigstens wurde dies bei Fall VI mit Bestimmtheit angegeben, während sie im Fall VII bis in die früheste Kindheit zurückgeht; genauere Angaben waren indessen nicht erhältlich. In verschiedenen Punkten erinnert dieses Leiden an die eosinophilen Affektionen des Bronchialbaumes, speziell an das Asthma bronchiale. Auch die Beziehung zu gewisser nervöser Veranlagung, die auch bei anderen eosinophilen Affektionen (Asthma, Enteritis membranacea) besteht, ist hier nicht zu verkennen. Auch häufig sich wiederholende Hautausschläge in der Kindheit, die bei den asthmatischen Zuständen wohl bekannt (Diathèse asthmatique der Franzosen) finden sich bei zwei ihrer Patienten (in dem einen Fall unzweifelhaft familiären Charakters).

So dürften wohl auch die geschilderten Zustände von eosinophiler Proktitis mit herdförmigen Auflagerungen, die nach unserer Ansicht eine wohl charakterisierte Krankheitsgruppe bilden, als örtliche Äußerung einer allgemeinen Konstitutionsanomalie aufzufassen sein. (Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 49.)

*

Zur Epidemiologie des Abdominaltyphus. Von Dr. Gustav Pollak.

Regimentsarzt P. berichtet über zwei Epidemien, wobei es gelang, das Auffinden des Herdes und die Verbreitungsart der Infektion genau festzustellen.

Die erste Epidemie betraf ein Pionierbataillon, welches für die Zeit vom 26. Juli bis Anfang September 1905 aus seiner in Ungarn gelegenen Garnison zu Übungszwecken nach H. an der Donau verlegt und dort in einer sonst leerstehenden Kaserne untergebracht wurde. In der Zeit vom 20. August bis zum 6. September erkrankten 20 Mann an Typhus abdominalis und zwar sämtliche von der ersten Kompagnie, während die übrigen vier Kompagnien frei blieben. Schon durch diesen Umstand konnte zunächst die Entstehung durch das Trinkwasser, an welches ja immer zuerst gedacht wird, ausgeschlossen werden, weil die ganze Kaserne von der städtischen Leitung mit Wasser versorgt wird und in der Stadt, weder zu der gleichen Zeit, noch vorher Typhusfälle vorgekommen waren. Ferner diente die Kaserne kurz vorher durch drei Monate einer Abteilung von Militärakademikern als Unterkunft, ohne daß jemand erkrankt wäre. Auch für eine Art der Infektion, z. B. durch Milch oder andere Nahrungsmittel, durch das Baden in der Donau u. dgl. fehlte jeder Anhaltspunkt.

Hingegen ergab es sich, daß beim Bataillon bereits früher einige Fälle von Typhus vorgekommen waren; zwei Mann, darunter einer der ersten Kompagnie, erkrankten unmittelbar vor dem Abgehen nach H.; als Ursache wurde der Genuß von Flußwasser angenommen. In H. wurde ein Mann der ersten Kompagnie am 26. Juli in Spitalsbehandlung abgegeben und rückte am 7. August mit der Diagnose Magenkatarrh als genesen zur Kompagnie ein. Später wurde festgestellt, daß nach den Symptomen ein leichter Fall von Typhus nicht auszuschließen war. Da nun die erste Kompagnie einen Abort für sich allein benützte, der von der Mannschaft der übrigen Kompagnie wegen der Entfernung sicher nicht betreten wurde, so kann die Entstehung der Epidemie nur auf die Weise erklärt werden, daß der erwähnte, in das Zivilspital in H. abgegebene Mann tatsächlich an Typhus erkrankt war und als Rekonvaleszent mit dem Stuhl und Urin reichlich Bazillen ausschied, mit welchen sich die anderen Leute der Kompagnie infizierten. Eine Übertragung vom Abort aus war bei der Bauart desselben leicht möglich.

In diesem Falle hätte die serodiagnostische Untersuchung des Mannes, bezw. der Nachweis von Typhusbazillen in seinen Ausscheidungen die Richtigkeit der geschilderten Art der Übertragung sicherlich bewiesen; doch wurde der Beweis auch dadurch erbracht, daß die auf Grund dieser Annahme gegen die Ausbreitung der Epidemie eingeleiteten Maßregeln von vollem Erfolge begleitet waren.

Die Ermittlung der Ursache der zweiten Epidemie war, abgesehen von dem größeren Umfange derselben und von der Beteiligung zahlreicher Truppenkörper, auch aus dem Grunde viel schwieriger, weil es sich um eine Manöverepidemie handelte, bei welcher die Erkrankungen nicht am Orte der Infektion zum Ausbruch kamen.

Das 2. Korps nahm an den Kaisermanövern in Schlesien im Spätsommer 1906 in der Stärke von drei Infanterie- und einer Kavallerietruppendivision teil. Die Truppen hatten ihre Garnisonen in der Zeit zwischen Mitte Juli und Anfang August verlassen. Die Divisionen bewegten sich auf gänzlich verschiedenen Marschlinien in dem Raum um Teschen in Ostschlesien, in welchem sich die Manöver in der Zeit vom 30. August bis zum 4. September abspielten. Am 4. und 5. September wurden die Fußtruppen mittels Eisenbahntransportes in ihre Garnisonen befördert, während die Kavallerie und Artillerie unmittelbar nach dem Abschlusse der Manöver den Rückmarsch antraten und Mitte September in den Friedensgarnisonen eintrafen.

Die Gesundheitsverhältnisse bei den Truppen waren während der ganzen Zeit der Übungen im allgemeinen günstig. Von Infektionskrankheiten kamen nebst drei Mumpsfällen zwei Erkrankungen an Typhus abdominalis vor, von welchen ein Mann eines Infanterieregimentes am 14. August aus einer Kantonierungsstation im südlichen Mähren und ein Mann eines Kavallerieregimentes am 1. September aus einer Station an der mährisch-schlesischen Grenze zur Spitalsabgabe gelangten.

Auch nach dem Einrücken der Truppen in ihre Garnisonen blieben die Gesundheitsverhältnisse günstig. Am 19. September kamen die ersten Anzeigen über typhusverdächtige Erkrankungen, welchen bald die Bestätigung der Diagnose und zahlreiche weitere Fälle fast aus allen Garnisonen des Korpsbereiches (Niederösterreich und Schlesien) folgten. Lokale Infektionsherde in den Garnisonen anzunehmen, war von vornherein nebst anderen Gründen deswegen unwahrscheinlich, weil die Erkrankten — im ganzen 153 —



nur solchen Truppenkörpern angehörten, welche an den Manövern teilgenommen hatten. Unter den Truppen, welche, wie z. B. die aus Ungarn sich ergänzenden Regimenter, die Garnisonen nicht verlassen hatten, kam, obwohl sie vielfach mit von Typhus betroffenen Abteilungen in denselben Kasernen, unter ganz gleichen Verhältnissen untergebracht waren, kein einziger Fall von Typhus vor. Die einzige während dieser Zeit im Korpsbereiche sonst noch zugegangene Typhuserkrankung betraf einen Mann, der in einer dienstlichen Verwendung außerhalb der Garnisonen gestanden war.

Es wurde festgestellt, daß sämtliche 153 Erkrankte bei den Manövern gewesen waren; auch unter den nach Schluß der Manöver, nach beendeter Waffenübung und Präsenzdienstzeit beurlaubten Mannschaft kamen, wie später bekannt wurde, viele Typhuserkrankungen vor.

Wie schon erwähnt, sind die Divisionen auf verschiedenen, weit auseinander liegenden Marschlinien in den Manöverraum gelangt. Daß sich die Truppen auf dem Marsch durch Gegenden, wo gewiß Typhus endemisch vorkommt, infizieren konnten, beweisen die zwei oben angeführten Fälle, welche jedoch mit den späteren Erkrankungen in keinen Zusammenhang gebracht werden können, der eine wegen des frühen Zeitpunktes, der andere, weil er nicht nur im Regimente, sondern in der ganzen Kavallerietruppendivision vereinzelt geblieben ist. Dagegen spricht der Umstand, daß die Erkrankungen erst nach den Manvövern auftraten, daß drei Divisionen betroffen sind und die Fälle sich in den Truppenkörpern gleichmäßig verteilen, dafür, daß die Infektion dort erfolgte, wo die Truppen räumlich vereint waren, also im Manövergebiete. Auch die Inkubationsdauer spricht nicht dagegen. Nach unseren heutigen Kenntnissen über dieselbe kann sowohl der erste, als auch der letzte Fall auf eine Ende August oder anfangs September erfolgte Infektion zurückgeführt werden.

Dieser Beweis wurde nun erbracht durch das gleichzeitige Auftreten einer Typhusepidemie im Manövergebiete selbst. In dem Industrieorte T. und einigen benachbarten Ortschaften kamen 31 Fälle von Typhus vor.

Die Herkunft dieser Fälle war anfangs unklar, da im Orte jahrelang kein Typhus vorgekommen war, obwohl in den dortigen Werken zirka 3000 Arbeiter beschäftigt sind, von denen die Hälfte auswärts wohnt. Die Trinkwasserversorgung ist gut. Nähere Erhebungen lenkten den Verdacht auf einen Brunnen, als in einem unmittelbar benachbarten Hause von neun Insassen zwei, ferner einige in der Nähe beschäftigt gewesene Arbeiter erkrankten. Weitere Nachforschungen ergaben, daß beinahe alle Erkrankten in den ersten Septembertagen aus dem Brunnen getrunken hatten oder diese Möglichkeit wenigstens nicht in Abrede stellten.

Die bei den Truppen des 2. Korps in dieser Richtung gepflogenen Erhebungen hatten nun das überraschende Resultat, daß alle Abteilungen, bei welchen Typhuserkrankungen vorgekommen waren, zwischen dem 1. und 4. September in der Nähe des Brunnens kantoniert oder gerastet hatten oder wenigstens dort vorbeimarschiert waren. Das Wetter war heiß, die Inanspruchnahme einer knapp an der Straße gelegenen Wasserspende seitens der Mannschaft braucht wohl nicht betont zu werden. Sowohl der Ort mit seinen ausgedehnten Fabriksanlagen als auch die Lage des Brunnens an einer mehrfachen Straßenkreuzung, in der Nähe markanter Gebäude, war so gut in der Erinnerung geblieben, daß die meisten Angaben ganz dezidiert lauteten.

Der Brunnen, welcher stets gutes Trinkwasser lieferte, liegt am Fuße eines mit Bäumen bepflanzten Abhanges. Er besteht aus einem mit Zement hergestellten Schacht, in welchem sich das Wasser aus einem horizontal in den Bergabhang geführten Stollen ergießt und sodann mittels einer Pumpe herausbefördert wird. Der Schacht ist mit einem Bretterhäuschen überdeckt, aus welchem der Pumpenhebel und das Ausflußrohr herausragt. Obwohl die ganze Anlage und Örtlichkeit auf den ersten Blick einwandfrei erscheint, hat die nähere Besichtigung dennoch die Möglichkeit einer Verunreinigung des Wassers ergeben. Der nur mit Steinen ausgelegte Stollen liegt dort, wo er in den Schacht einmündet, ganz nahe unter der Oberfläche. An der Rückseite des Bretterhäuschens konnte sowohl durch die dünne Erdschichte hindurch in den Stollen, als auf der abschüssigen Fläche unter dem Rand der Bretter vorbei in den Schacht Flüssigkeit hineingelangen. In diesem Winkel hinter dem Häuschen wurden bei der Besichtigung des Brunnens menschliche Fäzes gefunden.

Da nun aus Anlaß der Manöver wie in allen Orten, wo Truppen bequartiert waren oder durchmarschierten, auch in T. eine Menge von Leuten aus der Umgebung zusammenströmte, ist es möglich, daß ein Typhusrekonvaleszent oder Bazillenträger darunter war, der hinter dem Brunnen seine Notdurft verrichtete, wobei der bazillenhältige Harn in das Wasser gelangen konnte. Es wäre da besonders an Kinder zu denken, welche, die Rücksichten Erwachsener auf die Örtlichkeit ohnehin nicht beachtend, hinter dem Brunnenhäuschen auch ein willkommenes Versteck fanden.

Wenn es sich hier auch nur um einen Wahrscheinlichkeitsbeweis handelt, so sprechen doch zahlreiche positive Momente zugunsten der Annahme, daß die Infektion auf die geschilderte Art zustande gekommen ist. Nun ist noch ein negatives Moment von großem Gewicht anzuführen. Die Truppen des gegnerischen 1. (Krakauer) Korps hatten schon im August im Bereiche der späteren Marschlinien einzelner Divisionen des 2. Korps Übungen abgehalten; während der Manöver selbst bezogen dieselben bei der wechselnden Gefechtslage der einzelnen Tage vielfach die gleichen Kantonierungen und rasteten auf denselben Plätzen, wie an anderen Tagen die des 2. Korps — in die Gegend von T. war jedoch keine Truppe des 1. Korps gekommen. Nun ist im ganzen 1. Korps innerhalb der möglichen Inkubationsdauer nur ein einziger Fall von Typhus abdominalis vorgekommen, was gewiß nicht der Fall gewesen wäre, wenn auch andere Infektionsherde im Manövergebiet oder im Bereiche der Anmarschlinien die Erkrankungen im 2. Korps verursacht hätten.

Die bakteriologische und chemische Untersuchung des Wassers wurde erst anfangs Oktober vorgenommen. Das negative Ergebnis derselben schließt nach so langer Zeit eine früher stattgefundene Verunreinigung keineswegs aus; die mikroskopische Untersuchung, welche vielleicht noch Anhaltspunkte dafür hätte liefern können, wurde nicht durchgeführt. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 10, 1907.)

*

Zur bakteriologischen Frühdiagnose des Typhus. Von Dr. H. Conradi.

Schottmüller verdanken wir die Einsicht, daß die Züchtung der Typhuserreger aus dem Blut das zuverlässigste Hilfsmittel für die Frühdiagnose des Unterleibstyphus bildet. Seine originelle Methodik der Blutkultur sichert dem Kliniker die frühzeitige Erkennung eines Typhusfalles. Außerhalb des Krankenhauses allerdings versagte das Verfahren. Da aber die ätiologische Diagnostik der allgemeinen ärztlichen Erkenntnis dienen soll, so mußte versucht werden, den Nachweis der Typhusbazillen im Blute derart zu vervollkommnen, daß die diagnostischen Vorteile der Blutkultur in gleicher Weise etwa wie die Gruber-Widalsche Serumreaktion dem praktischen Arzt zugute kämen. Diesem früh erkannten Ziele ist er im Laufe der Jahre näher gerückt. Während Schottmüller noch die Armvene punktierte und 20 cm^3 Blut dem Typhuskranken entnahm, gestaltet sich mein Verfahren recht einfach. Mit Hilfe eines Blutschneppers wird ein kleiner Einstich in das Ohrläppchen vorgenommen. Sofort trägt der Arzt das austretende flüssige Blut (in der Regel 1—2 cm^3) mit einer Pipette in ein sterilisiertes mit Glasstöpsel versehenes Glasröhrchen ein, das 10 cm^3 Galle, 10% Pepton und 10% Glyzerin enthält. Dann wird das Gallenröhrchen an eine bakteriologische Untersuchungsanstalt eingesandt. Hier hält man das Röhrchen bei Brutwärme und nach 16 Stunden wird sein Inhalt in der üblichen Weise auf Lackmus-Milchzucker-Agarplatten ausgestrichen. Nach $1^1/_2$ Tagen bereits liegt das



Untersuchungsergebnis vor. Obschon die Gallenkultur nur eine geringe Blutmenge erfordert, ist sie der direkten von Schottmüller u. a. geübten Aussaat des Blutes überlegen, weil die Galle eine Anreicherung der Typhusbazillen bewirkt und durch Aufhebung der bakteriziden Wirkung des Blutserums wie durch Hemmung der Blutgerinnung eine ungestörte und gleichmäßige Entwicklung der im Blut vorhandenen Typhuskeime bedingt.

Vor einiger Zeit haben nun Müller und Gräf die interessante Mitteilung gemacht, daß bei der Gerinnung die im Blut enthaltenen Typhusbazillen in den Blutkuchen übertreten und hier — wenigstens zum Teil — vor Schädigung bewahrt bleiben, während das sich absetzende Serum keimfrei bleibt. „Denn sämtliche Bakterien werden von den Fibrinnetzen des Blutes eingefangen und in dem sich kontrahierenden Blutkuchen zurückgehalten". Auf Grund ihrer Beobachtung empfehlen die Autoren die direkte Aussaat des Blutgerinnsels zur Diagnose des Typhus. Das Verfahren ist denkbar einfach. Das Blut wird von den Ärzten in verkorkten Glasröhren eingesandt. Die kleine Serummenge dient zur Anstellung der Gruber-Widalschen Reaktion. Der Blutkuchen hingegen wird zerkleinert und mit dem Glasspatel auf Lackmus-Milchzucker-Agar ausgestrichen. In ihrer ersten Mitteilung bereits konnten Müller und Gräf über zehn positive Bazillenbefunde berichten, die durch Aussaat einer durchschnittlichen Blutmenge von zirka 2 *cm*³ erhalten waren. Die kleinste Blutquantität, die noch den kulturellen Nachweis gestattete, betrug ³/₄ *cm*³. Kurpjuweit hat dieses Verfahren nachgeprüft und bei 100 Typhuskranken zwölfmal Typhusbazillen aus dem Blutkuchen gezüchtet.

Der von Müller und Gräf eingeschlagene Weg, die nämliche Blutprobe zur Prüfung der Serumreaktion und Züchtung der Typhuserreger zu verwenden, führt zu neuen Ausblicken. Indessen will es scheinen, daß die vorgeschlagene Blutkultur an Zuverlässigkeit einbüßt, was sie an Handlichkeit voraus hat. Denn ebenso wie die von Schottmüller angegebene Methode sieht sie eine direkte Aussaat, nicht aber eine Anreicherung der Typhusbazillen des Blutes vor. Es lag daher nahe, die Gallenkultur für die Anreicherung des geronnenen Blutes zu verwerten. Fornet hat in sehr verdienstlicher Weise dieses Anwendungsgebiet der Gallenkultur erschlossen. Unabhängig von den eben genannten Autoren hat Fornet den Blutkuchen der eingesandten Blutproben im 5 *cm*³ sterilisierte Rindergalle übertragen. Die Reagenzröhrchen bleiben über Nacht im Brutschrank und werden dann auf Endo- oder Lackmus-Milchzucker-Agarplatten ausgestrichen. Auf diese Weise gelang der Nachweis der Erreger in 14 von 19 Typhusfällen. Zwar bringt die vorläufige Mitteilung von Fornet keine ziffernmäßigen Angaben über die verarbeiteten Blutmengen, indessen findet sich die Angabe, daß Blutkuchen von 0·25 *cm*³ und weniger positive Resultate liefern können. Hier setzen seine Versuche ein. Aut. stellte die Frage, ob die nämliche kleinste Blutmenge, die zur Anstellung der Widalschen Serumreaktion hinreicht, noch den Nachweis der Typhuserreger ermöglicht. Die praktische Brauchbarkeit der Gallenkultur des Blutgerinnsels stand fest, sobald der Nachweis geführt wurde, daß ein paar in Glaskapillaren aufgefangene Bluttropfen eines Typhuskranken nach der Gerinnung Typhuskeime enthielten. Diesem Versuchsplan kamen die äußeren Umstände zu statten. Denn die Ärzte des Stationsbezirkes senden zur Agglutinationsprüfung des Krankenserums Blutproben ein, deren Volumen eine Messung der Agglutinationswerte knapp, aber eben noch zuläßt. Wir erhalten nämlich durchgehends Blutmengen von 0·05—0·2 *cm*³. Quantitäten von 0·2 *cm*³ Blut gehören zu den Ausnahmen. Das Blut wird allgemein durch Einstich in das Ohrläppchen entnommen und in Glaskapillaren von 2 *mm* Dicke und zirka 5 *cm* Länge aufgefangen. Für unsere Zwecke standen im ganzen 60 von den Typhuskranken herstammende Blutproben von 0·05 bis 0·2 *cm*³ zur Verfügung. Bei der Mehrzahl der Proben betrug die Blutmenge höchstens 0·1 *cm*³, sechs Glasröhrchen faßten 0·2 *cm*³. Das in Kapillaren enthaltene Blutserum wurde zur Agglutinationsprüfung, der Blutfaden zur Blutzüchtung verwandt. Selbst bei so geringen Serummengen ist eine für die Praxis ausreichende quantitative Bestimmung des Agglutinationstiters möglich. Nun zur Blutzüchtung. Hiezu halten wir Reagenzröhrchen vorrätig, die 5 *cm*³ Rindergalle, 10% Pepton und 10% Glyzerin enthalten. Zweistündiges Verweilen im strömenden Dampf genügt zu ihrer Sterilisierung. Der Blutfaden wird mit einer Pinzette aus der Kapillare herausgezogen, in ein Gallenröhrchen übertragen und in die Flüssigkeit versenkt. Zur Anreicherung und Auflockerung des Blutgerinnsels wird das Röhrchen 12—16 Stunden bei 37° gehalten. Danach werden 0·1 und 1·0 *cm*³ der durchgeschüttelten Flüssigkeit auf je eine scharf getrocknete Platte Lackmus-Milchzucker-Agar verteilt und mit Hilfe des Glasspatels ausgestrichen. Die weitere Untersuchung geht dann in der altbewährten Weise vor sich. So haben wir ohne Auswahl des Materiales in der Reihenfolge des Einganges das Blut von 60 Typhuskranken verarbeitet und zwar ausschließlich Blutgerinnsel, die durch Koagulation von 0·05—0·2 *cm*³ Blut entstanden waren.

Es gelang mithin bei 24 Typhuskranken mit Hilfe der Gallenkultur des Blutfadens die Typhuserreger nachzuweisen. Bei 21 wurden Typhus-, bei 3 Personen Paratyphusbazillen festgestellt. Demnach erzielten wir in 40% der Fälle ein positives Resultat. Ziehen wir nur die Kranken der ersten und zweiten Krankheitswoche in Betracht, so wird das Prozentverhältnis günstiger: Es ist dann bei 50% der Typhuskranken die Züchtung des Erregers durch Anreicherung des Blutfadens geglückt. Nun verbietet es sich von selbst, auf Grund dieses fragmentarischen Beobachtungsmateriales weitgehende Schlußfolgerungen zu ziehen. Soviel scheint mir aber doch bewiesen, daß die Gallenkultur von wenigen geronnenen Blutstropfen im Beginne der Erkrankung wenigstens in der Hälfte der Typhusfälle den Nachweis der Erreger und so die Frühdiagnose des Typhus gewährleistet. Es erscheint ferner recht wahrscheinlich, daß die Anreicherung einer größeren Blutmenge als 0·05—0·2 *cm*³, die Leistungsfähigkeit des Verfahrens steigern wird.

Derartige Erfahrungen bekräftigen unsere Auffassung, daß die Anreicherung des Blutfadens durch Galle nicht nur zur Stütze, sondern unter Umständen zur Stellung der Diagnose verhilft.

Aus den vorstehenden Ausführungen ergibt sich für die Typhusdiagnose ein neuer Gesichtspunkt. Jede Blutprobe, deren Menge zur Anstellung der Widalschen Serumreaktion hinreicht, ist gleichzeitig zum kulturellen Nachweis der Typhusbazillen geeignet. Da die Gallenkultur der Gerinnsel von 1 bis 4 Bluttropfen eines Typhuskranken in mindestens 50% der Fälle der Frühdiagnose des Typhus herbeiführt, so fordern wir, daß bei jeder eingesandten Blutprobe eines typhusverdächtigen Kranken nicht nur die Agglutinationsprüfung des Serums, sondern auch die Gallenkultur des Blutfadens vorgenommen wird. Wenn auch die Anreicherung des vor Gerinnung bewahrten Blutes durch Galle das zuverlässigere und elegantere Verfahren darstellt, so zweifle ich nicht, daß gerade ihrer Einfachheit halber die Gallenkultur des Blutfadens vielfache Anwendung finden wird. Wir müssen zugeben, daß im Beginn der Typhuserkrankung der Nachweis der Erreger in den Dejektionen wenigstens bei der Mehrzahl der Fälle fehlschlägt, mögen wir die Malachitgrünplatten von Löffler, Lentz und Tietz oder den Drigalski-Conradi-Nährboden anwenden. Diesen Verfahren fällt die wichtige Aufgabe zu, die bakteriologische Feststellung der Genesung und der Bazillenträger im Interesse der Seuchenbekämpfung durchzuführen. Die Frühdiagnose des Typhus erwarten wir von der Gallenkultur. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 49, 1906.)

*

Beitrag zur Tuberkulose des Säuglingsalters. Von Dr. A. W. Bruck.

In letzter Zeit sind eine Reihe von Arbeiten über die Tuberkulose des Säuglingsalters erschienen und eine Anzahl klinisch gut beobachteter Fälle (Bulius) ist veröffentlicht. Früher wurde die Erkrankung im Säuglingsalter für selten



gehalten. So fand Hecker bei 700 zur Sektion gelangten Kindern mit Tuberkulose nur 10 im ersten Lebensjahre. Goldschmidt und Flesch heben gleichfalls das geringe Vorkommen der Säuglingstuberkulose hervor. Dagegen fand Raczinski im St. Ludwigs-Kinderhospital in Krakau 8·8% sämtlicher Tuberkulosen im ersten Lebensjahre und Stirnimann unter 591 Sektionen an Säuglingen 41 sichere Tuberkulosen oder 7·1%. Auch Damaschino teilt die von Landowzy und Queirat ausgesprochene Ansicht von der verhältnismäßig großen Häufigkeit der Tuberkulose in frühester Kindheit.

Somit ist diese Erkrankung keineswegs eine Seltenheit, und es würde sich nicht rechtfertigen, einen neuen Beitrag zur Tuberkulose des Säuglingsalters zu geben, wenn nicht der Fall nach dem klinischen Verlaufe in vieler Hinsicht interessant wäre. (Folgt Krankheitsgeschichte.)

Es handelte sich also um das Kind einer früher tuberkulösen Mutter, die geheilt war und jedenfalls zur Zeit der Geburt und des Stillens keinerlei klinisch festzustellende Zeichen eines neuen Herdes darbot. Dieses Kind gedieh prächtig an der Mutterbrust und konnte sowohl seinem Anwuchs und Wohlbefinden als auch seinen statischen Funktionen nach ein Idealkind genannt werden. Es gehörte zu den systematisch viermal täglich gestillten Brustkindern.

Trotzdem die schon früh bestehende Bronchitis und Rhinitis nach dem Sektionsbefund als tuberkulös festgestellt wurde und die anfangs für eine einfache Exostose angesprochene Geschwulst am Hinterkopf pathologisch-anatomisch als Metastase erkannt wurde, ist das Fehlen jeder Ernährungsstörung und der fieberlose Verlauf während der vier ersten Monate bemerkenswert. Auch das Abstillen vertrug das Kind gut. Fünf Tage war Patient dann der Anstalt fern. Er war in einer ungesunden, ungünstigen Umgebung, wurde auch unzweckmäßig ernährt und kehrte dann gänzlich verändert in die Klinik zurück. Beträchtliches Fieber oder Störungen des Allgemeinbefindens höheren Grades zeigte das Kind jedoch auch jetzt nicht. An eine ausgebreitete Tuberkulose war nach dem klinischen Befinden absolut nicht zu denken. Erst 2½ Wochen vor dem Tode entwickelte sich das Bild der tuberkulösen Meningitis, der Patient erliegt.

Unser Fall hat viel Gemeinsames mit den von W. Bulius in der Heubnerschen Klinik gemachten Beobachtungen. Das schleichende der Erkrankung, die Schwierigkeit frühzeitig nach dem klinischen Bilde zu einer sicheren Diagnose zu kommen; der fast fieberlose Verlauf, das Fehlen der Ernährungsstörungen. Letztere Eigenschaften haben auch Lesage, Pascal und Masson hervorgehoben.

Die Erforschung der Ätiologie der Säuglingstuberkulose ist gegenwärtig noch nicht aufgeklärt. Von Birch-Hirschfeld ist zuerst festgestellt, daß eine Übertragung der Tuberkulose auf das Kind vermittels des fötalen Blutkreislaufes stattfinden kann. Alsdann ist die Nabelvene zunächst affiziert.

Kossel und Stirnimann fanden meist als Ausgangspunkt die Bronchialdrüsen. Als Inhalationstuberkulose wird überhaupt die Tuberkulose von der Mehrzahl der pathologischen Anatomen angesprochen. An eine primäre Erkrankung der Mesenterialdrüsen zu glauben, ist nach der Statistik nicht anzunehmen. Carrière fand unter 2000 untersuchten Fällen nur 0·9% (O. Pertik).

Behring und Schlossmann vertreten dagegen, wie bekannt, die Anschauung der Fütterungstuberkulose. Schlossmann glaubt, daß auch bei intakter Darmschleimhaut die Mesenterialdrüsen primär erkranken, da die Tuberkelbazillen auch die intakte Schleimhaut durchdringen. Heubner hat auf der Naturforscherversammlung in Meran betont, daß er sich den Behringschen Anschauungen nähere. Er weist ebenfalls darauf hin, daß eine anatomische Erkrankung des Darmes gar nicht vorhanden zu sein brauche, um die Behringsche Ansicht von dem Eindringen der Tuberkelbazillen durch den Darm zu finden.

In unserem Falle ist an eine kongenitale Übertragung durch die Mutter nach dem klinischen Bilde und Sektionsbefunde nicht zu denken. Überhaupt ist eine solche Art der Infektion äußerst selten. Eine Fütterungstuberkulose ist ebenfalls nicht anzunehmen, da die mesenterialen Drüsen im wesentlichen intakt waren und nur einzelne frische Herde zeigten. Auch ist ein anderes Kind, welches die Mutter zugleich mitstillte, gut gediehen, und die jetzt bei diesem angestellte Tuberkulininjektion (0·001 Tuberkulin alt) ist reaktionslos verlaufen. Dagegen waren die Bronchialdrüsen in toto verkäst und zum Teile bis wallnußgroß. Die Herde waren zum Teile alt. Es ist also nach dem anatomischen Bilde die Bronchialdrüsentuberkulose zweifellos das Primäre gewesen. Durch den engen Kontakt, welchen das Kind mit der Mutter naturgemäß hatte, ist offenbar die Infektion erfolgt, wenngleich, wie schon erwähnt, bei der Mutter zurzeit keine feststellbare offene Tuberkulose besteht. — In bezug auf die Metastase am Schädeldach ist zu bemerken, daß nach O. Pertes in der Häufigkeit der Knochentuberkulose die Erkrankung der platten Schädelknochen mit 3% vertreten ist.

Es handelte sich also entweder um eine kurz nach der Geburt, wahrscheinlich gelegentlich der Rhinitis bei dem disponierten Individuum erfolgte Infektion, die, solange das Kind an der Mutterbrust war, keinerlei Ausbreitung annahm und sich im Augenblick des Eintrittes ungünstiger Verhältnisse rapid ausbreitete. Oder die Infektion erfolgte bei dem belasteten Kinde überhaupt erst infolge der durch das Abstillen und die ungünstigen äußeren Verhältnisse hervorgerufenen Veränderung. Die Krankengeschichte dieses bis kurz vor dem Tode als Idealkind imponierenden Säuglings ist jedenfalls für das Bild der Tuberkulose des frühesten Kindesalters bemerkenswert. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 49, 1906.)

*

Eine Halteplatte für Spekula. Von Dr. Schallehn.

In der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie hat Schallehn ein neues „selbsthaltendes Spekulum mit Sitzplatte" beschrieben. Da dies erste Modell bemerkenswerte Veränderungen erfahren hat, nimmt Schmidt zu einer neuerlichen Publikation Veranlassung.

Des Verständnisses halber wiederholt Schmidt, daß das Wesentliche seines Instrumentarismus eine „Halteplatte" in Form eines chinesischen Drachens ist. Eine Gleitschiene am Kopf trägt eine einfache Schraubvorrichtung zur Aufnahme des unteren Spiegelgriffes. Durch Andrehen der Flügelschraube wird nicht nur diese Vorrichtung, sondern auch der Griff in der Verschraubung absolut festgestellt.

Unter das Gesäß geschoben, legt sich die Platte mit dem Mittelteil und Schwanz — als dem längeren Hebelarm — dem Kreuzbein an, mit den Flügeln den Gesäßbacken. An dem frei vorspringenden kürzeren Hebelarm — der Gleitschiene — ist das Spektrum selbst montiert. Die Entfaltung der Zugkraft an dieser Stelle ist daher eine erhebliche, und sie wird erhöht durch den Druck des Gesäßes auf die Platte. Seitliche Exkursionen verhindern die Flügel.

Es ist einleuchtend, daß diese Platte die Bewegungen des Beckens mitmachen muß, also auch das Spekulum, und hierin liegt das prinzipiell Neue und der Zweck des Instrumentes, dessen Einfachheit seine Anwendung auf dem modernen Operationstisch wie auf dem ärmlichsten Querbett gestattet. Wie A. Martin und Jung in der Diskussion zu der Vorführung in der Pommerschen gynäkologischen Gesellschaft hervorhoben, ist der Hauptvorteil seines Instrumentes, „daß es sich den wechselnden Lageverhältnissen in jedem einzelnen Operationsfall anzuschmiegen geeignet erscheint". Jung hat „bei all den bisher beschriebenen, fest an den Tisch fixierten derartigen Instrumenten das schwere Bedenken gehabt, daß durch heftige Bewegungen der Patientinnen — eventuell auch in der Narkose — große Zerreißungen vorkommen könnten".

Statt der fixen Tischplatte substituierte Schmidt die bewegliche Halteplatte.

Schmidt hat noch einige weitere Zubehörteile anfertigen lassen, so eine Doppelverschraubung, welche bestimmt ist, eine rechtwinklig gebogene Stange aufzunehmen, die mit ihrer Endschraube den oberen Spiegel, Haken zum Zurückhalten

der Blase bei Colpotom. anterior, Kugelzange und auch das Kystoskop halten kann. Aus der Kombination aller Teile ergibt sich die Anwendungsweise des Instrumentes.

Wer mit wenig Hilfskräften zu arbeiten und zu operieren gezwungen ist, wird die Annehmlichkeit, zum mindestens einen Assistentenarm vollkommen entbehren zu können, wohl empfinden. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 49.)

III. Aus der Praxis.

Die therapeutische Wirkung des Extractum chinae Nanning. Von Karl Ganz, Brünn.

In neuester Zeit hat sich das vom Apotheker Nanning im Haag nach eigenem Verfahren ohne Zusatz von Alkohol aus frischer und richtig getrockneter Rinde bester Sorte erzeugte und in den Handel gebrachte Extractum Chinae Nanning einen großen Ruf erworben. Alle wirksamen Bestandteile, hauptsächlich das Chinin und die Chinagerbsäure sind im Präparat in gelöster Form enthalten, letztere nicht in Chinarat umgesetzt, während die nicht wirksamen und überflüssigen Substanzen eliminiert wurden. Sein Alkoloidgehalt entspricht den Vorschriften der österreichischen Pharmakopoe. Gestützt auf die Empfehlungen einer Reihe von Autoren (Neusser, Max. Steinberg u. a.) hat Ganz das Mittel in zahlreichen Fällen verordnet.

Das Extractum Chinae Nanning ist von dunkelbrauner, klarer Farbe, von bitterem Geschmack; die Dosis beträgt 15—20 Tropfen dreimal täglich $^1/_2$—1 Stunde vor jeder Mahlzeit, es wird allein für sich oder in Verbindung mit anderen Medikamenten, dann in Wasser, Milch, süßen Weinen oder schwarzem Kaffee gegeben.

Die Indikationen zu seiner Anwendung sind zahlreich, hauptsächlich in jenen Fällen, in welchen die sekretorische Tätigkeit der Magenschleimhaut darniederliegt. So sieht man Erfolge bei Dyspepsien chlorotischer und anämischer Personen, bei Dyspepsie der Alkoholiker und nach akuten Infektionskrankheiten, bei Hypereniasis gravidarum, bei akutem und chronischem Magenkatarrh, bei Magendilatation und Magenkrebs, weiters bei Anorexie Tuberkuloser und Syphilitiker. Welche Bedeutung für letztere Leiden die Milderung der dyspeptischen Beschwerden hat, braucht hier nicht auseinandergesetzt werden; handelt es sich dabei meistens darum, durch Hebung des Appetits und durch Zuführung genügender Nahrung den Organismus widerstandsfähiger zu machen und dadurch indirekt zur Heilung und Besserung beizutragen.

Seine Versuche mit dem Extractum Chinae Nanning erstrecken sich auf über 30 Krankheitsfälle mit verschiedener Diagnose.

Er erzielte in allen Fällen (chronischer und akuter Magenkatarrh, Rekonvaleszenz nach Infektionskrankheiten, Dyspepsie bei Tuberkulose, Hyperemesis gravidarum und Magendilatation, Verdauungsstörungen im Gefolge von Anämie und Chlorose) Heilung, und empfiehlt Extr. Chinae Nanning allen Kollegen aufs wärmste. („Fortschritte der Medizin“ Nr. 28, Jahrg. 24.)

IV. Notizen.

Die Ärzte und das Duell. In einem „römischen Brief“ der „Münchener Medizinischen Wochenschrift schreibt Prof. G. Galli (Rom): „Die Vereinigung der Ärzte Palermos hat die Initiative zu einem sehr lobenswerten Beschluß ergriffen, der, wie es scheint, auch andernorts von den ärztlichen Gesellschaften sympathisch begrüßt und angenommen wird, nämlich die Verweigerung des ärztlichen Beistandes bei Duellen. Die Gewißheit sofortiger ärztlicher Hilfe gestattet zu viele Duelle, die ohne diese sicher nicht stattfinden würden. Man verstehe recht! Es ist abstoßend für einen Arzt, einem Duell beizuwohnen, in der Erwartung, daß ein Verwundeter zu verbinden oder der Tod eines Duellanten festzustellen sein wird, wie es abstoßend ist und den Arzt beinahe zum Mitschuldigen an einem späteren Unglück stempelt, wenn er die Fortsetzung eines Duells gestattet, weil die Verwundung nicht schwer genug ist, um es zu beendigen. Gewiß muß der Arzt seine Hilfe unabhängig von seinen persönlichen Anschauungen auf sozialem oder moralischem Gebiete allen denen leisten, die sie nötig haben, aber doch nur bei schon geschehenen und nicht zu ändernden Tatsachen, nicht bei voraussichtlichen Verwundungen oder Tötungen, die zu verhindern und unmöglich zu machen seine Pflicht als Mensch und Bürger ist. Wenn einmal bestimmt ist, daß der Arzt dem Duell nicht mehr beiwohnt, würde sich die öffentliche Meinung gewiß noch viel entschiedener und einstimmiger als bisher gegen diesen Überrest einer barbarischen Zeit auflehnen. Diese hier summarisch gegebenen Gründe und Ansichten werden allerdings nicht von allen akzeptiert, aber sie verdienten gewiß von allen Seiten beleuchtet und studiert zu werden, damit man, wenn auch nichts anderes, so doch die Möglichkeit erzielen könnte, Duelle um nichtige Ursachen, die sinnlos in Szene gesetzt, nicht selten tödlichen Ausgang haben, zu vermeiden.“

Bis zu welchem Alter sollen Jugendliche vollständig abstinent leben? Über diese Frage spricht sich Geh. Med.-Rat Dr. O. Schwartz, Köln, in einem sehr bemerkenswerten Aufsatze (Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1907, S. 53) aus. Er rügt darin mit vollem Rechte, daß sogar in Alkoholmerkblättern, die den Schulkindern von den Schulärzten überreicht werden, die Grenze der Intoleranz für mäßigen Alkoholgenuß mit dem 14. Lebensjahre festgesetzt wird, obgleich es gar keinem Zweifel unterliegt, daß sie weit höher hinaufgeschoben werden muß. Die besondere Empfänglichkeit für berauschende Getränke dauert nämlich bis zur vollständigen Ausbildung des menschlichen Organismus, die im europäischen Klima nicht vor dem 20. bis 24. Jahre erreicht wird. Es ist daher sehr bedenklich, den aus der Volksschule entlassenen oder in höheren Klassen der Mittelschule eingetretenen Knaben und Mädchen durch solche Merkblätter gewissermaßen die Berechtigung zu erteilen, nach dem ihnen von den Vätern gegebenen Beispiele schon mit 15 und 16 Jahren zum Mittags- und Abendessen Wein oder Bier, vielleicht zum Frühstück ein Schnäpslein zu trinken und sich an Sonntagen sowie bei festlichen Gelegenheiten ein Räuschchen zu holen.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 36. Wien, 7. September 1907. **Nr. 36.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Über Herzfehler.

Von **Dr. med. Hirsch,** Bad Nauheim.

(Schluß.)

v. Leyden hat besonders diesen günstigen prognostischen Standpunkt vertreten, aber auch weiterhin betont, daß die Prognose natürlich nur von Fall zu Fall gestellt werden kann. Gewiß, jeder Klappenfehler stellt erhöhte Ansprüche an die Herzmuskelkraft, die Kompensierung des Fehlers verlangt Vermehrung der Herzarbeit. Andererseits wissen wir aber auch, daß der Organismus mit einer etwa auf die Hälfte oder mehr gegen die Norm herabgesetzten Herzarbeit auskommen kann, ohne daß die Ernährung der Organe Schaden leidet. Wenn wir also das kompensierte klappenkranke Herz nur vor dem Übermaß an Kraftleistung, das wir dem gesunden freilich zumuten können, hüten, können wir es hinsichtlich der Lebensbetätigung und Leistungsfähigkeit der Norm gleichsetzen. Und es gibt tatsächlich eine ideale Kompensation des Fehlers, die, ein richtiges Verhalten des Kranken vorausgesetzt, sich durch viele Jahrzehnte ungestört gleichmäßig erhalten läßt. Jeder wird die Worte Rombergs bestätigen können, daß sich Kranke mit gut kompensiertem Klappenfehler in ihrem Befinden fast nicht von Gesunden unterscheiden.

Besonders in der Jugend erworbene Fehler haben eine günstigere Prognose, weil das Herz zu seiner Anpassung an die veränderten Kreislaufverhältnisse seinen noch großen Vorrat an Reservekraft hinzunehmen kann. Das Herz paßt sich dem wachsenden Organismus an. „Bei Kindern ist die Möglichkeit einer völligen Heilung unbedeutender Klappendefekte im Laufe einer Anzahl von Jahren zuzugeben" (Romberg). Auch richtige Ausheilungen von Herzfehlern kommen vor. Die Heilungen betreffen meistens Mitralinsuffizienzen. Ich habe auch in zwei Fällen von ausgeprägten Klappenfehlern nach einiger Zeit Verschwinden aller Symptome konstatieren können.

Nach Leyden gibt die Mitralinsuffizienz im allgemeinen die beste Prognose, sowohl für eine etwaige Heilung, als auch für lange Erholung der Kompensation, besonders in den Fällen, wo sie noch frisch ist und sich nach einer akuten Krankheit entwickelt hat.

Das weibliche Geschlecht gestattet eine bessere Prognose als das männliche, da bei ersterem schwere Arbeit, übermäßige Anstrengung, Exzesse in Baccho weniger in Betracht kommen. Die Prognose für die Stenosen der Klappen ist ungünstiger als für die Insuffizienzen. Bei den Aortenfehlern besteht durch die zu große Inanspruchnahme der Elastizität der Arterien die Gefahr des frühzeitigen Eintrittes der Arteriosklerose, das heißt besonders bei Insuffizienz der Klappen. Wird die Spannung durch gleichzeitige Stenosierung etwas gemildert, so wird der Verlauf im allgemeinen günstiger beeinflußt, daher das Wort Bambergers: „daß von allen möglichen Klappenaffektionen die mit mäßiger Stenose verbundene Insuffizienz der Aorta als die prognostisch günstigste und längste Lebensdauer versprechende zu betrachten sei".

Im allgemeinen kann man sagen, daß die leichten und mittleren Fälle von Mitral- und Aorteninsuffizienz die günstigsten Voraussagen geben, besonders bei Kindern, wie ich das schon erwähnte.

Es hängt eben alles davon ab, den Herzmuskel vor Ermüdung und Schwächung zu bewahren, daher wir behaupten können, Herzkranke mit gut kompensierten Klappenfehlern haben ihr Schicksal bezw. ihr Befinden im großen und ganzen durch ihre Lebensweise selbst in der Hand. — Denn die Dekompensation entsteht hauptsächlich dadurch — wenn wir natürlich von interkurrierenden Krankheiten oder gar Rezidiven von Endokarditis, absehen — daß der Herzmuskel erkrankt infolge Ernährungsstörung, wenn an das Herz zuviel Anforderungen gestellt werden durch zu große Anstrengung des Körpers. Das Herz wird dann die mehrgeforderte Arbeit auf Kosten seiner eigenen Substanz leisten, es wird entarten.

Daher ist die Hygiene des Herzklappenfehlers auch gleichzeitig Therapie. Die Hygiene, die vorbeugende, die Krankheit verhütende Heilkunde steht hier fast auf gleicher Stufe mit der eigentlichen Therapie. Verhüten ist hier soviel, fast noch mehr, als heilen. Denn der einmal insuffizient gewordene Herzmuskel ist für die Folge viel weniger widerstandsfähig und erkrankt viel leichter, auch wenn die Insuffizienz wieder ganz gehoben ist. Daher muß alles aufgeboten werden, daß die Kompensation ja nicht beeinträchtigt wird.

Eine Prophylaxe der Herzfehler im direkten Sinne gibt es allerdings nicht, denn niemand kann sich vor einem Gelenksrheumatismus oder Endokarditis usw. sichern. Durch wiederholte Badekuren in Solthermen kann man die Dis-



position zu Rheumatismus zum Schwinden bringen und eventuell Rezidive von Endokarditis verhüten. Aber allgemeiner Natur kann die Prophylaxe wohl sein, und darin deckt sie sich mit der allgemeinen hygienischen Lebensweise, die den Körper überhaupt kräftiger und widerstandsfähiger macht. Man muß den gesunden Körper schon in früher Jugend abhärten und weniger empfindlich gegen sogenannte „Erkältung" machen, man muß durch Pflege körperlicher Übungen sich ein leistungsfähiges Herz heranzubilden suchen, denn erfahrungsgemäß steigt mit den Leistungen des Körpermuskels auch die Kraft des Herzmuskels — allerdings mit weiser Haushaltung der Reservekraft. Also, wer seinen Körper durch Muskeltätigkeit stärkt, sorgt sich auch für einen Fonds von Herzkraft, der ihm im Fall einer Erkrankung seinerzeit gute Dienste leisten kann und die Kompensation wesentlich erleichtert. Ich benutze hier die Gelegenheit, für körperliche Übungen von frühester Jugend an einzutreten, aber nicht nur, wie das seither in der Schule üblich war, allein für die männliche Jugend, sondern auch genau in der gleichen Weise für die Mädchen.

Die eigentliche Behandlung der Herzklappenfehler ist natürlich nicht erschöpft mit der Verordnung eines Medikamentes. Gerade, wie bei anderen Krankheiten, so kommen hier ganz besonders die hygienisch-diätetischen und balneologischen Maßnahmen wesentlich in Betracht. Beim kompensierten Herzfehler ist ja ein Medikament nicht nötig, hier sind die vielen kleinen Vorschriften für eine hygienische Lebensweise, die dem Herzmuskel Ermüdung ersparen, ihm die Kraft schonen und sie zu erhalten streben, so viel und so wichtig, wie bei der gestörten Kompensation die unentbehrliche Digitalis, oder wie Tambora sagt: „Hier ist das Kleingeld wertvoller als die große, schwere Münze." Auch hinsichtlich des Gebrauches des großen Heilmittels der Digitalis sind die Ansichten gegen früher etwas geändert. Die Befürchtung der kumulativen Wirkung ist geringer geworden, zumal uns auch in manchen Präparaten, z. B. Digalen, Mittel gegeben sind, bei denen die Kumulation sich weniger geltend macht.

Auf die Indikation und Anwendung der Digitalis brauche ich hier nicht näher einzugehen, erwähnen möchte ich nur, daß es Fälle von Klappenfehlern bezw. Herzmuskelerkrankungen gibt, bei denen man die Digitalis längere Zeit ununterbrochen geben kann und muß.

Daß die kohlensäurehaltigen Solbäder der Digitalis ähnlich wirken, ist ja hinlänglich bekannt; es muß nur besondere Sorgfalt auf die Art und Dosierung dieser Bäder verwandt werden. Für die günstigen Erfolge zur Erleichterung des Blutumlaufes, der Schonung und Erhaltung der Herzkraft werden in jeder Saison in den kohlensäurekaltigen Solbädern von neuem Beweise geliefert.

Literatur.

Eulenburg, Real-Enzyklopädie.
Nothnagel, Path. u. Therap. Bd. XV.
Ebstein, Handbuch der prakt. Med. Bd. I. (Rombers).
Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 31.
G. Leuch, Stat. klin. Mitteilungen über Herzklappenfehler. Inaug.-Diss. 1889.
A. Schnitt, Statistische Mitteilungen. Inaug.-Diss. 1898.
Guttmann, Zur Statistik der Herzklappenfehler. Inaug.-Diss. 1891.
v. Leyden, Die Prognose der Herzkrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. 1889.

Zur Therapie von Lungenleiden.

Von Dr. med. M. Deutsch.

Quo natura vergit, eo tendere oportet!

Der Arzt hat täglich mit dem schwierigsten und teilweise noch gänzlich unerforschten Problem des Lebensprozesses zu tun. Auch der Krankheitsprozeß ist ein Lebensprozeß, nur unter besonderen, von den gewöhnlichen abweichenden Bedingungen. Wir Praktiker müssen berufsmäßig dem großen Unbekannten nähertreten. Die Regeln und die allgemeinen Vorstellungen, welche wir uns über den Krankheitsprozeß (und somit für unser praktisches Handeln bilden) dürfen nur von diesem selbst genommen werden. Wenn wir nun aus der objektiven Beobachtung des Krankheitswerdeganges eine Richtschnur für unser praktisches Vorgehen entnehmen, so tritt uns als unzweifelhafte Tatsache die Selbstheilung der Krankheiten entgegen. Der gegebene Weg ist die natürliche Krankheitsheilung. Der Natur müssen wir ablauschen, wie sie es anfängt, Krankheiten in Heilung überzuführen. Gleichgültig, wie wir die sich vor uns abspielende Erscheinungsreihe des Krankheitsbildes auffassen, wie wir den Heilungsprozeß erklären, sicher ist, daß der natürliche Heilungsprozeß existiert (Goldscheider).

Betrachten wir unter diesem Gesichtspunkte die Tuberkulose der Lungen. Fürs erste müssen wir den Husten als eine Selbstwehr des Organismus ansehen. Durch den Husten sucht sich der Organismus des eingedrungenen Feindes zu entledigen. Das Expektorieren der eitrigen Massen ist sehr wichtig. Denn bleiben die tuberkulösen Sekrete liegen, so werden sie aus einem Bronchus in den anderen verschleppt, ein Bronchus nach dem anderen wird infiziert und aus einem lokalen Prozeß wird ein allgemeiner. Die ursprünglich nur in einer Lungenspitze lokalisierte Tuberkulose befällt allmählich auch die unteren Abschnitte der Lunge. Neben den spezifisch tuberkulös erkrankten Stellen finden sich in den phtysischen Lungen sehr häufig auch einfache entzündliche Prozesse. Bronchitis, lobuläre katarrhalische Pneumonie, zuweilen auch krupöse Pneumonie. Zum Teil mögen diese Veränderungen von den Entzündung erregenden Eigenschaften der Tuberkelbazillen selbst abhängig sein. Anderseits ist es aber auch selbstverständlich, daß im Sekret der Bronchien und der Kavernen sich leicht zahlreiche andere Entzündungserreger ansiedeln können, welche zu komplikatorischen Erkrankungen der Bronchialschleimhaut und Alveolen führen. So kann es gelegentlich bei der Lungentuberkulose selbst zu stellenweiser Gangrän des Gewebes kommen. Von besonderer Bedeutung werden die sekundären entzündlichen Prozesse in der Lunge dadurch, daß sie einen günstigen Boden für die nachfolgende Invasion von Tuberkelbazillen geben. Die einfach entzündlichen Herde gehen daher bei den Phtisikern sehr oft unmittelbar in eine tuberkulöse Erkrankung über.

Aus alldem resultiert die erste fundamentale Forderung des Heilungsprozesses; die Entfernung der tuberkulösen Sekrete sobald als möglich und so gründlich als möglich.

Als zweiten Selbstheilungsprozeß müssen wir die verschiedenen Veränderungen in der Lunge selbst bezeichnen, die eine Tendenz zur Begrenzung der Krankheit und zur Verödung der bereits bestandenen Herde haben. Hieher gehören vor allem die chronisch interstitiellen Prozesse. Teils um die tuberkulöse Infiltration herum, namentlich aber überall da, wo bereits Zerstörung des Gewebes eingetreten ist, begegnen wir der Bildung neuen Bindegewebes, welches zur Schrumpfung und festen Schwielenbildung führen soll. Die eingekapselten verkästen Massen können dann zum Teil resorbiert werden, zum Teil fallen sie der Verkalkung (Verkreidung) anheim. Ein derartiger Stillstand der Tuberkulose ist aber nur dann möglich, wenn die tuberkulöse Neubildung und ihr Zerfall nicht zu rasch fortschreiten, wenn das neugebildete Gewebe nicht selbst noch, ehe es zur Schrumpfung kommen kann, zerstört wird.

Unterbrechen wir jetzt unsere Schilderung des tuberkulösen Krankheitsprozesses und kehren wir zu unserer Ausgangsbetrachtung zurück. Wir sprachen von dem Selbstheilungsprozeß der Krankheiten. Dieser besteht sicher. Und auch bei der Tuberkulose haben wir ihn im vorangehenden nachgewiesen. Aber er hat seine Grenzen und an diesen Grenzen fängt das Reich der ärztlichen Kunst an.



Der Organismus will durch den Hustenreiz die gefährlichen Gäste entfernen. Aber geschieht es, wenn wir den Kranken sich selbst überlassen, wirklich in ausreichendem Maße? Nein. Entweder sind die Infektionskeime so geringfügig, daß sie überhaupt keinen Reiz ausüben; aber ihr Zerstörungswerk können sie dessenungeachtet sehr wirksam fortsetzen. Oder aber der Kranke ist durch den tuberkulösen Prozeß so geschwächt, daß er das Sekret nicht auszuhusten die Kraft hat, obwohl der Reiz besteht. Die Folge davon ist, daß das Sekret teils verschluckt wird und im Magen eventuell einen Katarrh erzeugt, teils fließt es zurück in die Trachea und gelangt von hier in vielleicht noch gesunde Partien der Lunge und steckt sie an. Wir gelangen also von einem streng unvoreingenommenen Standpunkt zur Forderung nach einem guten Expektorans.

Zweitens erwähnten wir schon bei der Schilderung der natürlichen Tendenz der Lunge, den Prozeß zu begrenzen und die erkrankten Stellen zu veröden, daß diese Tendenz oft nicht erfolgreich ist, weil die Zerstörung der Tuberkelbazillen rascher fortschreitet, als die heilsame Neubildung. Auch hierin muß also die ärztliche Kunst dem kranken Organismus zu Hilfe kommen, indem es diejenigen Stoffe, die der Organismus bei der Verkreidung benötigt, also die Kalksalze, und nach Prof. Kobert und Dr. Zickgraff die kieselsauren Salze in größerer Menge in den Stoffwechselumsatz einführt, als es durch die gewöhnliche Nahrung geschieht.

Der dritte Punkt, indem das Heilungsbestreben des Organismus unterstützt, oder vielmehr verbessert werden muß, ist die Resorption der Sekrete. Diejenigen Sekrete, die nicht herausbefördert werden, werden vom Organismus resorbiert. Das ist aber oft von unheilvollen Folgen begleitet, weil eben die tuberkulösen Sekrete den ganzen Organismus dabei vergiften, was uns prompt das Thermometer anzeigt; das hektische Fieber ist größtenteils die Antwort des Organismus auf die Resorption der Gifte, die die Tuberkelbazillen absondern. Was kann und muß nun der Arzt dagegen tun? Gerade die moderne Immunitätslehre zeigt uns, daß durch Verdünnung der Sekrete sie ihrer Giftigkeit beraubt werden. Es gilt also größere Flüssigkeitsmengen in den Organismus einzuführen und die Sekrete unschädlich zu machen. Von diesen drei Gesichtspunkten aus, Expektoration, Verkreidung und Resorption, untersuchte ich ein Mittel, die Galeopsis ochroleuca s. grandiflora, auf die ich durch eine populäre Broschüre „Die Heilung der Lungenleiden" aufmerksam wurde. Mich zog der Trotz der populären Ausdrucksweise, wissenschaftlicher Ton der Schrift an, ich ließ mir das Mittel, das jetzt in pulverisierter Form als Danosanumpulver in den Handel kommt, kommen, und verabreichte es als warmen Dekokt an eine Reihe von Patienten, die an Tuberkulose litten, und zwar wie ich vorwegnehme, zu meiner aber auch zu meiner Patienten vollsten Zufriedenheit. Die Vorzüge des Pulvers sind folgende: Erstens ist es, wie meine Beobachtungen lehrten, ein vorzügliches Expektorans. Es genügt also der ersten Indikation. Wir besitzen zwar in unserem Arzneischatze eine Reihe von Expektoratien, aber sie leiden alle an zwei Übeln: erstens sind sie höchst unzuverlässig und zweitens verderben sie, längere Zeit verabreicht, den Magen. Dagegen trat auf das Danosanum prompt die beabsichtigte Wirkung ein; sie äußert sich im Anfange durch eine erhöhte Reichlichkeit des Auswurfes; man muß daher die Patienten im vorhinein darauf aufmerksam machen, damit sie nicht darüber beunruhigt sind.

Zweitens hörte ich nie klagen über Appetitlosigkeit nach Genuß des Danosanums. Im Gegenteile gaben mir mehrere Patienten an, daß ihr früher schlechter Appetit seit dieser Ordination besser geworden sei. Das allein kann aber die erzielten Resultate nicht erklären. Wir müssen vielmehr zur Erklärung die eigentliche Zusammensetzung der Galeopsis ochroleuca s. grandiflora in Betracht ziehen. Nach der Untersuchung in Dr. Piorkowskis bakt. physiol. Institut in Berlin enthält die Galeopsis ochroleuca s. grandiflora sowohl Kalksalze als auch Kieselsäure. Man mag nun betreffs des Vorganges der Verkreidung auf welchem Standpunkte immer stehen, entweder auf Seite der Freunde der Kalksalze oder auf Seite der Freunde der kieselsauren Salze, die nach Dr. Zickgraff annehmen, daß das Kalzium die Hoffnungen betreffs Verkreidung nicht erfüllt hat, daß aber das kieselsaure Natrium sowohl in den Lungensteinen nachgewiesen, als auch wegen der nahen Verwandtschaft der Kieselsäure zu dem Bindegewebe zu dieser Rolle prädisponiert, der eigentliche Träger der Verkreidung sei — das eine steht fest, daß die Galeopsis ochrol. s. grandifl. beide Salze enthält und ihr Genuß den Organismus befähigt, rasch die zur Vernarbung nötigen Stoffe zu den erkrankten Partien hinzuschaffen, bevor sich noch der tuberkulöse Prozeß verbreitet und den einengenden Wall zerstört hat.

Der dritten Indikation, der Resorption der unschädlich gemachten Sekrete, genügt die Form der Verabreichung als warmer Dekokt in vollkommener Weise. Dadurch werden das Blut und die Toxine der Tuberkelbazillen verdünnt und können in dieser Form ohne Schaden für den Organismus resorbiert werden. Das Sistieren des hektischen Fiebers, das ich bei meinen Patienten beobachtete, ist das beste Kriterium dafür, daß die Galeopsis ochroleuca s. grandiflora auch in dieser Beziehung ihre Schuldigkeit tut. Ich glaube also, ruhig versichern zu können, daß das Danosanum den wichtigsten Anforderungen, die man vom Standpunkte einer naturgemäßen Therapie an ein Heilmittel bei Tuberkulose richten kann, vollkommen genügt, und daher seine allgemeine Anwendung in allen Kreisen, bei Wohlhabenden sowohl als auch bei Unbemittelten zu empfehlen ist. Die selbstverständliche Voraussetzung eines vollen Erfolges ist außer der Ordination der Gal. ochr. s. grandifl. die Befolgung eines hygienisch-diätetischen Regimes, wie bei meinen Patienten dies der Fall war, und dessen Detail anzuführen in einem medizinischen Blatte überflüssig ist.

Der achte internationale Wohnungskongreß.

Y. Der 8. internationale Wohnungskongreß vereinigte in London eine große Anzahl von Delegierten aus aller Herren Länder.

Das Schlimmste und das Beste auf dem weiten Gebiete menschlichen Wohnens in der Großstadt — hier ist es zu schauen, und auch die ganze Skala der Versuche, die zwischen dem Schlimmsten und Besten liegen, kann durch das lebendige Beispiel illustriert werden. Welch ein weiter Weg menschlicher Kulturarbeit führt von dem Slum in London East bis zur modernsten Form des Wohnens industrieller Bevölkerung, bis zur Vereinigung von Einzelfamilienhäusern in Gartenstädten!

Das brachte auch John Burns, der Arbeitsminister und der Minister der Arbeit, wie er sich selbst in einem Begrüßungsspeech an den Kongreß nannte, temperamentvoll zum Ausdruck. Die Wohnungsfrage, sagte er, ist ein viel größeres, viel tieferes Problem als das, gute Wohnungen zu schaffen. Sie enthält das ganze Problem der Armut: das große Problem der ungelernten Arbeiter. Nicht der Mittelstand und nicht die gelernten Arbeiter machen uns Schwierigkeiten, sondern die schlecht entlohnten ungelernten Arbeiter. Ungesunde Wohnungen wird es so lange geben, als es ungelernte Arbeiter gibt, die schlecht entlohnt werden. Die Erhöhung des Standard of live des ungelernten Arbeiters, die Beseitigung ihrer menschenunwürdigen Lebenshaltung wird uns auch auf dem Gebiete der Wohnungsfürsorge weiterbringen. Es ist nicht einzusehen, weshalb viele ungelernte Arbeiter schlechter leben müssen als die Gefangenen in den Kerkern, als die Kranken in den Krankenhäusern, als die Irren in den Pflegeanstalten! In London sind in dieser Beziehung schon große Fortschritte gemacht worden — freilich in erster Linie für die ledigen ungelernten Arbeiter. Ihnen wurde zum Teil schon in den öffentlichen Logierhäusern, namentlich in den Rowton houses Gelegenheit ge-



boten, menschenwürdig zu leben. Wichtiger ist aber, den ungelernten Arbeitern die Möglichkeit zu geben, auch mit einer Familie im eigenen Hause zu leben. Nicht jedes Haus ist auch ein Heim. Wir müssen ihnen aber ein Heim geben. Daß auch darin Besserungen zu verzeichnen sind, beweist, daß gegenwärtig in England und Wales 500.000 Wohnungen leer stehen, darunter allein 50.000 in London; und daß in London jährlich 13.000 Familien die innere Stadt verlassen und ihr Heim in der ländlichen Umgebung gründen, ist auch ein Symptom für das wachsende Verständnis, das wir zu fördern haben. Die Wohnungsfrage enthüllt aber auch das Problem der Verkehrsmittel, das für London durch die Kommunalisierung der Betriebe der Lösung zuschreitet. Die Erschließung der Teile Londons südlich der Themse für den allgemeinen Verkehr ist wichtiger als alles andere. Aber man darf sich nicht für ein einzelnes noch so wichtiges Hilfsmittel enthusiasmieren, man muß immer das Ganze im Auge behalten. Die Flucht vom Lande in die Städte läßt sich nicht aufhalten. Vielleicht lehrt eine bessere Erziehung die Völker einsehen, daß es besser ist, draußen auf dem Lande mit 35 Schilling ein sicheres Einkommen zu haben, als 45 Schilling wöchentlich unsicher in den Städten. Auch dafür ist die Entwicklung des Verkehrswesens von größter Bedeutung. Ein weiteres Problem, das mit der Wohnungsfrage aufs engste verknüpft ist, ist die Frauen- und Kinderarbeit. Am Schlusse seiner Rede kündigte er an, daß er im nächsten Jahre einen Wohnungsgesetzentwurf einbringen wolle, aber er warne davor, alles dem Staate und den Gemeinden zu überlassen. Ermutigen Sie, so schloß John Burns seine oft von Beifall unterbrochene Rede, auch das Individuum, daß es im Vereine mit Staat und Gemeinde helfe, das schwierige Problem der Wohnungsfrage zu lösen.

Vor John Burns hatte schon der Präsident der National Housing Reform Council, Sir John Dickson Paunder den Kongreß begrüßt. Er sprach von den Schwierigkeiten, die die Kommunen zu überwinden haben, um allen Zuströmenden Wohnung zu schaffen. Durch die Ansammlung der industriellen Bevölkerung in den Städten ist dieses Problem weit über die vorhandenen munizipalen Einrichtungen hinausgewachsen und das hatte die heutigen schlechten Verhältnisse zur Folge. Unser internationaler Gedankenaustausch wird nicht nur zur Besserung da und dort beitragen, er wird nicht nur Anregungen geben, er wird auch die Bande befestigen helfen, die die einzelnen Nationen miteinander verbinden und dadurch beitragen, daß die Möglichkeit internationaler Zwistigkeiten immer mehr schwindet. Aber ein solcher Gedankenaustausch soll nicht etwa die nationalen Eigentümlichkeiten abschwächen. Einer soll die nationalen Sonderheiten des andern kennen lernen. So will England vor allem von Deutschland viel lernen. England hat zwar eine Reihe vortrefflicher Gesetze, mit deren Hilfe sich ein gut Teil des Wohnungselendes heute schon aus der Welt schaffen ließe, aber diese Gesetze sind nicht obligatorisch. Zu dem kommt noch das besondere Bodenrecht Englands (in den größten Teil des Grund und Bodens Londons, teilen sich zwei Menschen, die Herzöge von Westminster und Portland), woraus eine große Schwierigkeit resultiert, aber dennoch werden die englischen Delegierten viel auf dem Kongresse lernen können. „Auf der Lösung des Wohnungsproblems“, so schloß der Redner, „beruht nicht nur die Wohlfahrt der Bevölkerung, sondern auch die Sicherheit der Staaten.“ (Lebhafter Beifall.)

Dann konnte der Kongreß auf seine eigentliche Tagesordnung eingehen. Diese ist sehr umfangreich, stehen doch auf dem Programm der Sitzungen Referate über die Wohnungsinspektion, über den Bau und die Verwaltung von Häusern, über die Organisation des Kredits zur Erleichterung der Wohnungsbeschaffung, die Bodenfrage, das Verkehrswesen und endlich die Erstellung ländlicher Wohnungen.

Über Wohnungsinspektion und über die Verbesserung der Wohnungen der ärmeren Bevölkerungsklassen sprach Faber, Holland. Er schilderte den Widerstand der Hausbesitzer gegen die Wohnungsinspektoren in Holland. Besonders die kleinen Städte wehrten sich gegen die Sanitäts- und Baubehörden, die das Gesetz begehrte, teils um eigene Kosten zu sparen, teils um eine Belastung der Hausbesitzer zu vermeiden. Über englische Wohnungsinspektion berichtete Harold Shawcroß zunächst, daß England nun auch Frauen als Wohnungsinspektoren habe, er bezeichnete es aber als wünschenswert, daß auch in England wie in Holland den Wohnungsinspektoren der Charakter der Staatsbeamten gegeben werde. Die nicht genügend garantierte Unabhängigkeit der Wohnungsinspektoren in England habe namentlich auf dem Lande schlimme Folgen. Prof. Albrecht, Berlin, mußte bekennen, daß Deutschland eine technische Wohnungsinspektion, ausgeübt durch Sachverständige, nicht kenne. Die Inspektion gehört zu den Aufgaben der örtlichen Polizeiverwaltungen — sie liegt in den Händen des Schutzmannnes. Wir sind also noch außerordentlich rückständig und blicken mit Neid auf Länder wie England, die schon bedeutend weiter sind als wir. Arbeitersekretär Smith aus dem Norden Englands machte für die Wohnungsnot die kapitalistische Gesellschaftsordnung verantwortlich. Das Wohnungselend ist nur eine Begleiterscheinung und nur ein Teil des allgemeinen Elends, das erst mit dem Fallen des Privateigentums verschwinden werde. Diese Ausführungen riefen Beifall und Widerspruch des Kongresses hervor, aber es knüpfte sich keine weitere Diskussion daran.

Eines der interessantesten Referate des Kongresses war das von Dr. Mewes, Düsseldorf, über die Bodenfrage An Stelle des erkrankten Verfassers verlas Geheimrat Kehl, Düsseldorf, das Referat, das namentlich die deutschen Verhältnisse in vortrefflicher Weise beleuchtet. Die Bodenfrage ist eines der wichtigsten nnd schwierigsten Probleme der Wohnungsfrage überhaupt. Sie berührt alle Schichten der Bevölkerung gleichmäßig. Die so lebhafte Entwicklung Deutschlands, so heißt es in dem Referat, zum Industriestaat, hat dabei ihren Anteil. Einzelne Städte haben sich geradezu stürmisch entwickelt, so Berlin, das von 1871 bis 1905 von 826.000 Einwohnern bis zu 2 Millionen stieg, so Hamburg, das im selben Zeitabschnitt von 300.000 auf 800.000 stieg, Charlottenburg (von 19.500 auf 237.000), Düsseldorf (von 69.000 auf 252.000), Nürnberg (von 83.000 auf 284.000) und Mannheim (von 39.500 auf 162.600). Dieses enorme Wachstum der Bevölkerung hatte auch eine enorme Steigerung der Preise für den Grund und Boden zur Folge. Ein 70 Hektar großes Terrain auf dem Kurfürstendamm bei Berlin besaß 1860 den reinen Ackerwert von 100.000 Mark. Nach Aufschließung des Geländes durch eine Terraingesellschaft war sein Wert im Jahre 1898 50 Millionen Mark. Der Gesamtbodenwert Charlottenburgs wurde 1865 auf 6 Millionen Mark geschätzt, 32 Jahre später auf 300 Millionen Mark. Das Gelände des Münchener Schlachthofes wurde anfangs der 70er Jahre um 4·91 Mark für den Quadratmeter erworben, 1896 war der Wert des Quadratmeters 50 Mark. Eine genaue Analyse der Preisbildung des Bodens ist überaus verwickelt und schwierig, aber kurz kann gesagt werden, daß die Bildung des Bodenpreises ohne Zweifel nicht auf der Grundlage seiner Produktionskosten, sondern auf der seines erzielbaren Ertrages erfolgt, und daß sie sich ebenso zweifellos durch Angebot und Nachfrage bestimmt. Da gibt es aber solche Besonderheiten, daß die Preisbildung sich ganz außergewöhnlich vollzieht. Der Bodenbesitzer gewinnt durch diese Besonderheiten (Erschließung neuer Verkehrswege, dann durch die Unmöglichkeit, das Gelände beliebig zu vermehren) eine ungewöhnlich starke Position gegenüber der Nachfrage. Diese selbst ist gewöhnlich dringlich. Aus diesen Gründen erklärt sich trotz der fortgesetzten Erschließung neuen Baugeländes die andauernd allgemeine Preissteigerung alles Wohnbodens, wogegen Wertverminderungen zu den seltensten Ausnahmen, die wieder besonders begründet sein müssen, gehören. Die aus der Eigenart der Preisbildung entspringenden unverdienten Gewinne haben zu einer lebhaften Bodenspekulation den An-



reiz gegeben. Sie wird sowohl gelegentlich wie gewerbsmäßig ausgeübt. Hier zählen vor allem die Terraingesellschalten mit. So steht in Berlin ein bedeutender Teil der Grundstücke im Besitze von 72 Terraingesellschaften und in München von 20 solchen Gesellschaften. Bekämpfenswert erscheinen nur ihre Auswüchse. Diese sind allerdings in ziemlich großem Umfange hervorgetreten. Besonders die Außengelände der Städte sind dadurch so in Mitleidenschaft gezogen, daß sie, um ertragsfähig zu bleiben, ebenso intensiv verbaut werden müssen, wie die inneren Stadtteile. Der Bauschwindel, ausgeübt durch „Strohmänner“, spielt auch seine Rolle. Das Enteignungsrecht der Gemeinden ist in Deutschland in der Regel auf öffentliche Unternehmungen, zu denen aber nicht die Stadterweiterung zählt, beschränkt. Alles das hat die intensivere Bodenausnutzung zur Folge. Das große Miethaus mit hoher Stockwerkzahl sowie vielfach mit umfangreichen Seiten- und Hinterhäusern hat eine höchst unerwünschte Verbreitung gewonnen. Eine erhebliche Mitschuld daran haben auch die Bauordnungen und Bebauungspläne der Städte gehabt. Auch das Fehlen leistungs- und kapitalskräftiger Großbetriebe für den Bau trägt sein Teil zu dieser Entwicklung bei und so müssen wir denn heute mit den in volksgesundheitlicher wie sozialer Beziehung schwerwiegenden Mängeln des vielstöckigen Miethauses, der Mietskaserne, rechnen. (Schluß folgt.)

II. Referate.

Die Spirochaete pallida und ihre Bedeutung für den syphilitischen Krankheitsprozeß. Von Dr. A. Blaschko, Berlin.

Die vielfachen Bedenken, welche gegen die spezifische Natur der Schaudinnschen Spirochäte und ihre ätiologische Bedeutung für den syphilitischen Krankheitsprozeß erhoben wurden, schienen zum großen Teil behoben, als es gelang, die Spirochäten durch ein eigentümliches Verfahren im erkrankten Gewebe selbst nachzuweisen. Dieses Verfahren, welches den photographischen Entwicklungsmethoden nachgeahmt ist, eine Modifikation der Ramon y Cajalschen Nervenfärbung darstellt und in verschiedenen Modifikationen von Volpino, Bertarelli und Levaditi in die Technik eingeführt wurde, ließ uns die Spirochäte im syphilitischen Gewebe mit solcher Leichtigkeit, in solcher Menge und Klarheit entdecken, daß es schien, als wenn die Zweifel an ihrer spezifischen Natur nun verstummen würden. Aber es sind im Herbst vorigen Jahres und auch neuerdings wieder einige Arbeiten aus dem hiesigen Zoologischen Institut von den Herren Walter Schulze, Saling und Friedethal erschienen, welche die Zuverlässigkeit der neuen Untersuchungsmethode in Zweifel zogen und den Nachweis zu führen suchten, daß diese von ihnen sogenannten „Silberspirochäten“ überhaupt keine Spirochäten, sondern allerlei normale Gewebsbestandteile seien.

Man muß sich also den Verteilungsmodus der Spirochäten im Primäraffekt folgendermaßen denken:

Im Gegensatz zu dem Ulcus molle, bei welchem mit dem Ulkus die Erkrankung auch ihr Ende hat, stellt beim Primäraffekt der Defekt (das Ulkus oder die Erosion) nur einen Teil, und zwar nur den zentralen Teil des Affektes dar, während die Erkrankung selbst viel weiter in das Nachbargewebe übergreift. Diese Tatsache, welche sich klinisch durch die harte Infiltration der Umgebung kundtut, wird im mikroskopischen Bilde sehr deutlich durch das Übergreifen der Infiltrationsherde und der Gefäßerkrankung weit über den Bereich der Ulzeration hinaus illustriert. Es hat sich nun gezeigt, daß in der Regel nicht der ganze Primäraffekt gleichmäßig von Spirochäten durchsetzt ist, ja nicht einmal der zentrale, dem Defekt entsprechende Teil, sondern es findet sich gewöhnlich in diesem Primäraffekt ein größerer oder kleinerer Herd, der ganz von Spirochäten erfüllt ist. Es ist nun klar, daß, wenn die Schnittrichtung durch diese Herde geht, man zahlreiche Spirochäten findet, während bei anderer Schnittrichtung sich solche nicht nachweisen lassen. So fanden die widersprechenden Befunde ihre ganz einfache Lösung.

Aus der Tatsache, daß die Ansammlung von Spirochäten oft nur einen kleinen Teil des Primäraffektes ausmacht, dieselben pathologischen Veränderungen wie an diesem Hauptherd sich aber auch in den übrigen spirochätenfreien Teilen des Primäraffektes finden, kann man schließen, daß die Spirochäten eine stark toxische Substanz erzeugen, die bis auf eine ziemlich große Distanz hin wirkt und von seiten des Körpergewebes eine Gegenaktion auslöst. Dieses Mißverhältnis zwischen der Menge der Spirochäten und der Intensität der krankhaften Erscheinungen tritt sogar bei späteren Erkrankungsformen der Lues, Papeln nnd Erkrankungen der inneren Organe, noch auffälliger in die Erscheinung. Aber das ist ja eine aus der Pathologie, z. B. der Tuberkulose, ganz bekannte Tatsache. Bei Lupus z. B. gelingt es in dem hochgradig veränderten Gewebe meist nur mit großer Mühe, ganz vereinzelte Tuberkelbazillen nachzuweisen; oft sogar durch das Mikroskop garnicht, so daß der Nachweis der tuberkulösen Erkrankung nur auf dem Wege der Impfung möglich wird.

Aber dieses regelmäßig in zahlreichen Primäraffekten wiederkehrende Bild — an der einen Stelle massenhaft Spirochäten, in anderen Partien das Gewebe spirochätenfrei und nur ein Lymphgefäß einige wenige Spirochäten führend — scheint mir für die Frage von der Verbreitung und den Verbreitungswegen des Syphiliserregers von großer Bedeutung. Wir konstatieren nämlich drei Transportarten für die Spirochäten: die Eigenbewegung, die Fortbewegung durch die Lymphgefäße und durch die Blutgefäße.

Die Spirochäten folgen an ihren Hauptansiedlungsstätten fast ausschließlich dem Verlauf der Gewebslücken und Saftspalten. Diese Erscheinung erklärt sich am besten dadurch, daß die Spirochäten, von denen wir ja wissen, daß sie eine lebhafte aktive Eigenbewegung haben, der Richtung des geringsten Widerstandes nachgehen. Daher erklärt es sich, daß die Spirochäten — ich will nicht sagen immer, aber doch in der Regel — inter- und nicht intra-zellulär sitzen. Da sie also in den präformierten Gewebsinterstitien liegen, so nehmen sie auch die Konfiguration des Gewebes an. Innerhalb der Gefäßwände umgeben sie scheidenförmig das Gefäß und zeigen oft eine den Endothelgrenzen außerordentlich ähnliche Verlaufsrichtung. Ebenso folgen sie dem Verlauf der Bindegewebsfasern, innerhalb deren sie in ziemlich regelmäßigen Abständen sich innerhalb der Saftspalten finden; wo die Bindegewebsfasern schräg durchschnitten sind, sieht man sie daher nur als kurze gewellte Striche, sind sie quer getroffen, als Punkte. Das ist vielleicht einer der Gründe, weswegen histologisch nicht geschulte Untersucher sie für normale Gewebsbestandteile gehalten haben.

Zu dieser Eigenbewegung der Spirochäten tritt nun in zweiter Linie die Verbreitung durch die Lymphgefäße. Wir müssen annehmen, daß sie innerhalb der Lymphgefäße zum Teil aktiv schwimmen, zum anderen Teil aber auch passiv mit dem Lymphstrom zentralwärts fortbewegt werden. Auf dem Wege der Lymphbahn kommen dann die Spirochäten schon im Laufe der ersten Inkubationsperiode in die nächstgelegene Lymphdrüse, wo sie wahrscheinlich für eine Weile zurückgehalten werden, die Lymphe also „filtriert“ wird. Von dort aus nehmen sie ihren Weg wahrscheinlich erst dann, wenn sie sich innerhalb der Lymphdrüsen wieder stark vermehrt haben.

In dritter Linie kommt nun aber die Verbreitung der Spirochäte auf dem Wege der Blutbahn. Von den Gefäßwänden gelangen offenbar von Zeit zu Zeit vereinzelte Spirochäten in die Blutbahn. Diese Tatsache ist um so wichtiger, als sie zeigt, daß die Spirochäten schon in der allerersten Zeit der Erkrankung, also noch während des Bestehens eines Primäraffektes in die Blutbahn gelangen können, und es fragt sich, ob man auf Grund dieser Befunde annehmen muß, daß eine Durchseuchung des Organismus mit den Syphiliserregern schon zu dieser frühen Zeit stattfindet. Diese Frage ist nicht nur von theoretischer, sondern auch von eminent praktischer



Bedeutung, insbesondere für die Frage der Exzision des Primäraffektes. Ist nämlich eine Untersuchung des Organismus mit Spirochäten schon in diesem frühen Stadium vorhanden, so erscheint die Exzision des Primäraffektes als ein zweckloser Eingriff, da er den Ausbruch der Erkrankung doch nicht zu verhüten imstande sein wird. Aber man muß sich vor derartigen vorzeitigen Verallgemeinerungen hüten: einmal ist es noch nicht sicher, daß in allen Primäraffekten ein solcher Eintritt von Spirochäten in die Blutbahn vorkommt, zum mindesten nicht in der ersten Entwicklungsperiode; zweitens lehren uns ja die Versuche von Schimmelbusch mit Milzbrandbazillen und Eitererregern, daß ein Organismus eine geringe Zahl eingedrungener Krankheitserreger sehr wohl in kurzer Zeit abzutöten imstande ist, und daß erst eine Massenüberschwemmung zu einer allgemeinen Infektion führt. (Berlin. klin. Woch. Nr. 12.)

*

Über eine Epidemie von Fleischvergiftung im Osten Berlins. Von Med.-Rat Dr. Jacobson, Kreisarzt II.

In der Zeit vom 9. bis 11. September v. J. erkrankten in einem engbegrenzten Teile des Ostens Berlins etwa 90 Personen unter Erscheinungen, die auf akute Vergiftung oder schwere Infektion hinwiesen. Die Häufung der Fälle in verhältnismäßig wenig Familien machte die Gemeinsamkeit der Intoxikations- oder Infektionsquelle von vornherein wahrscheinlich.

Als am 10. September die amtlichen Ermittlungen begannen, konnte die Diagnose „Fleischvergiftung“ nicht mehr bezweifelt und auch schon als sicher angenommen werden, daß sämtliche bis dahin gemeldeten Erkrankungsfälle nach dem Genuß von Schabefleisch erfolgt waren, das von Fleischermeister S. bezogen war. Es sind im ganzen etwa 90 Personen erkrankt gewesen und davon eine erwachsene, der eben erwähnte U., und ein $1^1/_4$ Jahre altes Kind gestorben. Gestorben nach dem Genuß des fraglichen Fleisches ist auch eine kleine Schildkröte, erkrankt sind mehrere Hunde.

Die Reste des qu. Fleisches wurden eingezogen und auf Veranlassung des Herrn Regierungs- und Medizinalrates Dr. Nesemann dem Institut für Infektionskrankheiten zur bakteriologischen Untersuchung überwiesen.

Das Aussehen des Fleisches wurde, abgesehen von einigen Personen, die post hoc durch die Erkrankung ihre Vorstellungskraft erweitert und verbessert haben mochten, als unverdächtig und gut bezeichnet und erwies sich auch so bei der Besichtigung der vorgefundenen Reste. Weder in bezug auf Farbe noch auf Geruch und Konsistenz ist es irgendwie aufgefallen.

Die Erkrankung setzte prompt und ungefähr 8 Stunden nach Genuß des rohen Fleisches, selbst wenn es nur in geringen Mengen genossen war, ein. Nach dem Genuß von gebratenem Fleische traten nur vereinzelte, leichte Erkrankungen — wahrscheinlich je nach dem Grade des Durchbratens — ein. Diesen Angaben und Feststellungen entsprachen auch die vom Fleischer S. mitgeteilten Tatsachen. Er hatte zwei Rindsvorderviertel, von denen das qu. Fleisch stammte, anfangs der Woche, etwa am 4. September, von einem Großschlächter aus Weißensee gekauft und hatte nicht vermocht, dem Fleisch irgend eine krankhafte Veränderung anzusehen. Im Laufe der Woche war das Fleisch in Stücken verkauft und gesotten oder gebraten genossen worden. Erst als am Sonnabend Abend Fleisch in zerkleinertem Zustande abgegeben und roh genossen wurde, traten die oben beschriebenen Folgen ein.

Die alsbald im Institut für Infektionskrankheiten von Herrn Stabsarzt Dr. Kutscher ausgeführten bakteriologischen Untersuchungen, über deren Ergebnis dieser in der Zeischrift für Hygiene ausführlich berichtet hat, ergaben, daß es sich um den zur Gruppe der Bac. enteritidis gehörigen Bac. paratyphosus B. handelte. Diese Bezeichnung des Bazillus, die an eine bestimmte, anders geartete und anders verlaufende Krankheiten erinnert, hat, was bei vielbeschäftigten Ärzten, die nicht die Zeit finden können, alle Einzelheiten jedes den ärztlichen Beruf berührenden Einzelfaches genau zu verfolgen, nicht zu verwundern ist, hie und da die Meinung erweckt, Bac. paratyphosus sei ausschließlich der Erreger einer typhusähnlichen Krankheit. Soweit ich habe feststellen können, ist der Name gewählt, weil die biologischen Erscheinungen des Bac. paratyphosus, wie wohl die der Enteritidisgruppe überhaupt, mit dem Bac. typhi gewisse Ähnlichkeit (Affinität) haben, und weil in der Tat einige Erkrankungsfälle mit typhusähnlichen Erscheinungen beobachtet sind, bei denen als Erreger der Bac. paratyphosus angesprochen werden mußte. Wahrscheinlich handelt es sich um Fälle, bei denen der Paratyphusbazillus in geringer Menge, etwa im Wasser, aufgenommen worden war. Im großen und ganzen aber ist der Bac. paratyphosus der typische Erreger der Fleischvergiftung; und bei allen bekannten Epidemien, deren Erreger festgestellt worden ist, ist er eine zu dieser Gruppe gehörige Mikrobe gewesen. Der Bac. paratyphosus B. wurde denn auch, mehr oder weniger in Reinkultur, in den Stühlen einer Anzahl erkrankter und erkrankt gewesener Personen festgestellt, und ebenso ergab das Blutserum dieser Personen und selbst noch einiger, in deren Stühlen der Bazillus nicht mehr nachweisbar war, deutlich Widalsche Reaktion auf Bac. paratyphosus. Etwa zwei Wochen nach der Erkrankung waren die Bazillen in den Stühlen nicht mehr nachweisbar. In einigen wenigen Fällen waren um diese Zeit aber noch Bazillen im Urin vorhanden.

Auch in den Organen und dem Darminhalt des verstorbenen U. gelang der Nachweis des Bac. paratyphosus B.

Die amtlichen Ermittlungen hatten sich nach Anordnung der Desinfektion, soweit sie noch nicht vorgesehen war, mit der Frage der Ansteckungsquelle zu beschäftigen. War das unverdächtig aussehende Fleisch auch frei von den Krankheitserregern in das Geschäft des S. gekommen und hier durch Unreinlichkeit infiziert, oder waren die Erreger schon mit dem Fleisch mitgekommen? Der Zustand des S.schen Arbeits- und Kühlraumes gab zu Beanstandungen keine wesentliche Veranlassung. Dennoch mußte anfänglich stark an die Verunreinigung des Fleisches mit Bac. paratyphosus im S.schen Geschäfte gedacht werden, als nämlich die von Herrn Stabsarzt Dr. Kutscher ausgeführten Untersuchungen ergaben, daß S.s Fäzes sich als eine Reinkultur des genannten Bazillus erwiesen, ohne daß S. über eine Erkrankung etwas anzugeben wußte. Man mußte also in erster Reihe in S. einen Bazillenträger sehen. Erst als in den Stühlen des Dienstmädchen auch Bac. paratyphosus nachgewiesen waren und dieses angab, im Laufe der Woche mehrere Tage krank gewesen zu sein, erinnerte S. sich auch, einige Tage sich nicht ganz wohl gefühlt zu haben. Als endlich das Serum beider die Widalsche Reaktion gab und die Bazillen nach etwa weiteren 10 Tagen verschwunden waren, mußte mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden, das Fleisch sei bereits infiziert in das Geschäft des S. gebracht worden. Die Nachforschungen über den Verbleib der beiden dazu gehörigen Hinterviertel sind erfolglos geblieben. Der Umstand aber, daß um dieselbe Zeit hie und dort in Berlin vereinzelte Fälle von „Wurstvergiftung“ beobachtet wurden, gibt dem Verdacht Raum, jene Viertel seien zu Brat- und Kochwurst verarbeitet worden, und die vereinzelten Erkrankungsfälle seien die Folge nicht ausreichender Abtötung der Bazillen durch Siedehitze gewesen. Diese meine Vermutung legt auch Zeugnis dafür ab, daß B. die vorstehend behandelten Fleischvergiftungen für Infektions- und nicht für Intoxikationserkrankungen halte. Nach Ostertag ist das von den Bazillen der Interitidisgruppe erzeugte Toxin durch Temperaturen von 100—120° C nicht zerstörbar. Es hätten mithin auch diejenigen Personen, die das Schabefleisch in gebratenem Zustande genossen haben — von den Personen, die das Fleisch vorher in Stücken gebraten oder gesotten gegessen haben, will ich ganz absehen, weil damals die Zeit zur Toxinbildung zu kurz war — erkranken müssen, wenn Toxine im Schabefleisch gewesen wären. Da nun einerseits die Bazillen der Enteritidisgruppe im Muskelfleisch einen Nährboden finden,

in dem sie selbst bei Kühlraumtemperatur noch gedeihen, andererseits aber nach Gärtner bald die Eigenschaft verlieren, Toxine zu bilden, so ist nach der Wirkung, den das hier in Frage stehende Fleisch überhaupt gehabt hat, anzunehmen, daß zur Entwicklung von Toxinen Temperaturen gehören, denen das Fleisch im Kühlraum nicht ausgesetzt war, und daß später die toxinbildende Eigenschaft bereits verloren war.

Der Umstand, daß durch Genuß des Fleisches Hunde erkrankt und eine Schildkröte gestorben, das Fleisch selbst aber von normalem Aussehen gewesen war, legte die Frage nahe, ob und welche Krankheitserscheinungen bei dem Schlachtvieh, von dem das Fleisch stammt, hätten wahrgenommen werden können oder wahrgenommen werden müssen. In seinem bereits erwähnten Handbuch der Fleischbeschau kommt dieser Verf., nachdem er die zahlreichen Fleischvergiftungsepidemien von 1890—1903 besprochen hat, zu dem Schluß, daß die bekannt gewordenen Fleischvergiftungen durch septische und pyämische Erkrankungen der Schlachttiere bedingt wurden. Als auffälligste klinische Merkmale der Sepsis bezeichnet er schwere Störung des Allgemeinbefindens und große Hinfälligkeit der Tiere, die zu der lokalen Erkrankung in gar keinem Verhältnis stehen. (Berl. klin. Wochenschr.)

*

Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen. Prof. Dr. Wilh. Erb, Heidelberg.

Gegenüber den übertriebenen Angaben über die Häufigkeit und die schwerwiegenden Folgen des Trippers in der Ehe hat Erb, konform seiner statistischen Untersuchungen über die Syphilis, die eine Häufigkeit von 11·7% für die höheren Stände ergeben — eine Statistik von 2000 Fällen angelegt. Diese ergab, daß der Tripper nicht einmal in 50% der Fälle vorhanden gewesen. Es ist ja immerhin noch betrübend genug, daß fast jeder zweite Mann einmal (oder mehreremal) tripperkrank gewesen ist; aber von den ungeheuerlichen Zahlen anderer Beobachter (80—100%!) ist doch keine Rede!

Natürlich gelten aber diese Zahlen zunächst nur für E.s Material, also für die höheren Klassen. Aber gerade für diese sind ja die Geschlechtskrankheiten von allergrößter Wichtigkeit.

Solche Statistiken sind natürlich fortzusetzen und auf weitere Details auszudehnen; besonders wünschenswert ist es, sie auch auf andere Bevölkerungsschichten anzuwenden; es müssen besondere Statistiken für die Arbeiterbevölkerung (was ja mit Hilfe der Krankenkassen besonderen Erfolg verspricht), für die Handwerker, für die Bauern, die Landbevölkerung, für Gewerbs- und Kaufmannsgehilfen, für die Großstadtbevölkerung, für die Industriebezirke usw. ausgearbeitet werden, wie sie ja jetzt schon in vorzüglicher Weise für die Armee und die Marine bestehen. Dann erst wird man klar sehen, wie weit der Tripper in den verschiedenen Schichten und Klassen der Bevölkerung verbreitet ist.

Über die Altersperiode, in welcher der Tripper zumeist erworben wird, sind die Meinungen nicht geteilt. Die Spezialärzte können ja darüber genauesten Aufschluß geben, wenn sie sich Notizen machen und dieselben zusammenstellen wollen. Es ist bekannt, daß weitaus die meisten Gonorrhoen vor dem 25. Lebensjahr erworben werden.

Das, was die 400 Fälle von Tripper bei Ehemännern in dieser Beziehung ergeben, ist folgendes.

Genauere Angaben finden sich nur in 368 Fällen notiert: davon haben den Tripper akquiriert:

a) im Alter von 16—25 Jahren	312 = 84·7%
b) „ „ „ 26—30 „	42 = 11·4%
c) „ „ „ 31—40 „	12 = 3·2%
d) in noch späterem Alter	2 = 0·5%
	368 = 99·8%

Es geht daraus hervor, daß weitaus die meisten, fast 85% aller Tripperkranken ihr Leiden bis zum 25. Lebensjahr erwerben, fast 11·5% in dem folgenden Lustrum (26 bis 30 Jahren) und kaum 4% jenseits dieser Altersgrenze.

Man konnte denken, daß durch die Zahl der später erworbenen Tripper das Gesamtergebnis der oben mitgeteilten Statistik, die sich ja auf Männer jenseits des 25. Lebensjahres erstreckt, in erheblicher Weise geändert wurde; das ist jedoch nicht der Fall.

In diesen 49% Tripper unter den Männern seiner Klientel ist also die wirkliche Häufigkeit des Trippers in den in Betracht kommenden Bevölkerungsschichten — sagen wir im „gebildeten Mittelstand“ und etwa auch den „höheren Ständen“ ausgedrückt.

So ist also, gegenüber den exorbitanten Angaben und Behauptungen anderer Autoren das Resultat dieser bisherigen Untersuchung, daß in den Bevölkerungsschichten und -klassen ungefähr die Hälfte aller Männer einmal (oder auch mehrere Male) eine Tripperinfektion durchgemacht hat, daß aber die andere Hälfte von derselben verschont geblieben ist.

So wenig erfreulich es auch ist, daß in diesen Schichten jeder zweite Mann an Tripper erkrankt, so ist dies gegenüber den zu Agitationszwecken und zu Beschuldigung der Männerwelt so vielfach mißbrauchten weit höheren Angaben doch eine wesentliche Richtigstellung.

Erb weist schließlich darauf hin, daß nach seiner Zusammenstellung 45% dieser Männer überhaupt von jeder venerischen Infektion freibleiben.

Auch über die Folgen des Trippers der Männer für die Frauen, die Ehe, die Kinderzahl (und die Volksvermehrung) kursieren in der jüngsten Zeit Äußerungen und Behauptungen, die — wenn sie wahr und berechtigt wären — ein geradezu schreckenerregendes Bild von diesen Folgen entwerfen würden.

So sagt Gruber (l. c.): „Hunderttausende von unschuldigen Ehefrauen sind tripperkrank; nach Fehling sind 70 bis 80% der unfruchtbaren Ehen auf den Tripper zurückzuführen.“

E. Lesser (l. c.) schildert die Folgen der Tripperinfektion der Frauen durch die Ehemänner mit düsteren Farben; sie führt zur Unfruchtbarkeit der Ehe; die „Einkinderehe“ ist der Typus der Ehen, die unter dem Einfluß der Trippererkrankungen stehen.

Auch Al. Doctor entwirft eine abschreckende, mit Beispielen belegte Schilderung der schweren Folgen der Tripperinfektion bei Ehefrauen, welcher Tausende und Abertausende von Frauen unterworfen sind.

Das scheint allerdings mehr für die Frauen der niederen Stände zutreffend zu sein; nach Gruber sollen mindestens 10—12% der in den Frauenkliniken Aufnahme findenden Frauen tripperkrank sein.

In den Ausführungen der für die Frauenrechte, für die Besserstellung der Frauen in sexueller Hinsicht und gegen die „doppelte Moral“ kämpfenden Frauen spielt gerade der Tripper eine hervorragende Rolle; man spricht von „fast durchweg vergifteten Ehen“, weil kein Mann gesund und rein in die Ehe trete und beruft sich dabei besonders auf die Blaschkosche Statistik; die beklagenswerten Frauen müßten für die Jugendsünden ihrer Männer aufs schwerste büßen; die Fruchtbarkeit der Ehen werde in steigendem Maße herabgesetzt, die Bevölkerungszunahme reduziert u. dgl. mehr.

Für alle diese Behauptungen fehlt es aber zurzeit noch an zuverlässigen statistischen Belegen.

v. Rosthorn hat in der Diskussion über E.s Vortrag: „zur Tripperstatistik“ darauf hingewiesen, daß seit den Alarmrufen Nöggeraths über die Gefahr der Gonorrhoe für die Frauen die Anschauungen der Gynäkologen über diesen Punkt sehr erhebliche Wandlungen erlitten hätten: man habe die Häufigkeit des Leidens früher unterschätzt, später überschätzt; es fehle noch durchaus an einer verläßlichen, exakten Anforderungen entsprechenden Statistik, und er betont die großen Schwierigkeiten einer genauen Feststellung der Gonorrhoe bei Frauen; auch Czerny spricht sich in diesem Sinne aus und glaubt, daß man in der Neigung, jede Adnexitis auf Gonorrhoe zu beziehen, wohl zu weit gehe.

E. liegt es natürlich durchaus ferne, die traurigen Folgen der Tripperinfektion für die Gesundheit und Fruchtbarkeit der Frau irgendwie zu leugnen; sie bestehen ganz gewiß und sind in zahlreichen Fällen höchst jammervoll, für das Lebens- und Eheglück der Betroffenen geradezu vernichtend. Es ist



nur die Frage, wie häufig diese Dinge und ob in der Tat diese Gefahren für die Frau so allgemein verbreitet sind, wie man das behauptet; ob in der Tat, wie A. Doctor es ausspricht, jeder Vater, der seine Tochter verheiraten will, auf einen Tripper für dieselbe gefaßt sein muß?

E. möchte die Meinung der im „gebildeten Mittelstand“ praktizierenden Hausärzte aufrufen. Selbst wenn man seine Zahlen (50%) — die niedersten von allen — zugrunde legt, müßten doch in der Hälfte aller Ehen früher tripperkranke Männer vorhanden sein. Sind den Hausärzten in ihrer Klientel Frauen in größerer und dieser Tatsache entsprechender Zahl, die unter dem Verdacht einer Tripperinfektion stehen könnten, bekannt? E. möchte das sehr bezweifeln! Erfahrene Ärzte haben auch ohne weiteres das Gegenteil versichert; und E. selbst findet nur sehr wenig Fälle, die einen solchen Verdacht erwecken könnten.

Hier müssen endlich einmal exakte Feststellungen gemacht, es müssen genaue Untersuchungen darüber angestellt werden, wie häufig die Tripperinfektion der Frauen bezw. deren schwere Folgen in der Ehe vorkommen, und zwar muß dies auch wieder für die verschiedenen Bevölkerungsschichten, Stände und Berufskreise festgestellt werden; es ist zu erwarten, daß sich dabei wohl größere Verschiedenheiten ergeben werden.

Die Schwierigkeiten, die sich der Feststellung der Tatsachen entgegenstellen, sind nicht so erheblich, wie sie anfangs erscheinen könnten; es handelt sich darum, durch eine genaue Befragung der tripperkrank gewesenen Ehemänner (eventuell auch ihrer etwa zur Verfügung stehenden Ehefrauen) zu ermitteln, ob ihre Ehefrauen gonorrhoische Unterleibserkrankungen gehabt haben, oder ob sie gesund geblieben sind, und wie viele Kinder sie geboren haben. Da es sich nicht um Ermittlung jeder, auch ganz leichten gonorrhoischen Infektion handelt, sondern lediglich um schwerere, entzündliche und eitrige Erkrankungen des Uterus und seiner Adnexe und um daraus resultierende Sterilität, so wird man auch von relativ harmlosen Ehemännern darüber genügende Auskunft erwarten dürfen; denn solche Erkrankungen können ja nicht verborgen bleiben; man wird nur in der Gefahr sein, zu viel Erkrankungen der Gonorrhoe zuzurechnen, da ja auch andere — eitrige, septische, tuberkulöse — Infektionen ähnliche Krankheitsbilder und ähnliche Folgen herbeiführen können; um so schlagender ist dann aber auch das Ergebnis, wenn die Zahl solcher Erkrankungen sich als sehr gering herausstellt. Überdies handelt es sich ja zunächst nur darum, einen allgemeinen Überblick über die etwaigen Folgen der früheren Tripperinfektion der Männer zu erhalten.

Bis jetzt besitzt E. Notizen über 400 Fälle dieser Art, wo die Männer verschieden lange Zeit vor der Heirat an Tripper gelitten hatten. Der Befund an deren Ehefrauen ist in folgender Tabelle kurz zusammengestellt.

Es waren im	1. Hundert	2. Hundert	3. Hundert	4. Hundert	Summa Prozent
I. Frauen gesund, d. h. unterleibsgesund, oder mit gleichgültigen, nicht gonorrhoischen Erkrankungen (Myomen, Flexionen usw.) behaftet.	94	95	95	91	375 = 93·75 %
II. Frauen erkrankt, d. h. unterleibsleidend:					
a) sicher oder sehr wahrscheinlich gonorrhoisch.	6	3	3	5	17 = 4·25 %
b) nicht sicher oder nicht zu erkennen (wahrscheinlich nicht gonorrhoisch.)	0	2	2	4	8 = 2 %
	6 %	5 %	5 %	9 %	25 = 9·25 %

Von größter Wichtigkeit sind nun aber die in diesen Ehen ermittelten Kinderzahlen. Da die „Einkinderehe“ charakteristisch für die „Tripperehe“ sein soll, stellt E. zunächst bei den allem Anschein nach gesund gebliebenen Frauen (ihre Zahl beträgt nur 370, da in 5 Fällen die Angaben fehlen) diejenigen tabellarisch zusammen, welche 2 und mehr Kinder geboren haben:

	1. Hundert	2. Hundert	3. Hundert	4. Hundert	Summa unter 370 Ehen
Es hatten von diesen Frauen:					
2 Kinder	21	23	25	20	89
3 Kinder	15	24	14	16	69
4—10 Kinder	19	19	25	29	94

Das heißt also, unter den 370 Ehen früher tripperkranker Männer, in welchen die Frauen anscheinend gesund blieben, sind nahezu 68% mit 2 und mehr Kindern, darunter sogar 25% mit 4 und mehr Kindern!

Von „Vergiftung der Ehe“ und „Unfruchtbarkeit“ ist also hier nicht viel zu merken, besonders, wenn man bedenkt, daß die „tripperbehafteten Ehen“ seiner Statistik doch nur knapp die Hälfte der sämtlichen Ehen darstellt.

In derselben Zahl von Ehen fanden sich aber auch zahlreiche Ehen mit nur einem Kinde, und zwar in den vier einzelnen Hunderten

$$20 + 21 + 20 + 13 = \mathbf{74} \text{ im ganzen.}$$

Darunter waren solche, in welchen absichtlich diese Zahl nicht überschritten wurde

$$1 + 2 + 4 + 6 = 13,$$

solche, in welchen wegen zu kurzer Dauer der Ehe noch nicht mehr Kinder da sein konnten

$$3 + 5 + 6 + 3 = 17,$$

solche, in welchen die Gründe unbekannt blieben und nicht von ihm erfragt bezw. notiert wurden

$$16 + 14 + 10 + 4 = 44.$$

Endlich ist E. natürlich unter der Zahl von 370 auch einer Anzahl kinderloser Ehen begegnet, und zwar wieder in den einzelnen Hunderten

$$13 + 8 + 11 + 12 = \mathbf{44},$$

also kaum 12%.

Darunter waren wieder absichtlich herbeigeführt

$$0 + 1 + 2 + 1 = 4 \text{ (in minimo);}$$

aus anderen Gründen (Sterilität des Mannes, Syphilis, Aborten, zu kurze Ehedauer, Retroflexio uteri, Myome, Vaginismus) oder aus unbekannten (oder nicht erfragten) Ursachen:

$$13 + 7 + 9 + 11 = \mathbf{40} \text{ Fälle.}$$

Es sind dies alles durchweg geringe Zahlen, die wohl den allgemein bekannten Verhältnissen entsprechen; immerhin dürfte es sich wohl verlohnen, den Ursachen der kinderlosen und Einkinderehen auf dem hier eingeschlagenen Wege weiterhin genauer nachzuforschen, und sie nicht ohne weiteres in der Tripperinfektion des Mannes zu suchen.

Der Zeitabstand zwischen dem Tripper des Mannes und der Heirat war natürlich sehr verschieden: er schwankte zwischen 1 und 22 Jahren, sehr selten unter 3 Jahren. Es war zu erforschen, ob die Ehen mit geringem Zeitabstand besonders gefährdet gewesen seien; das hat sich nicht herausgestellt.

Daraus geht hervor, daß auch eine geringe Distanz zwischen dem Tripper des Mannes und der Heirat keine besondere Gefährdung der Frau involviert: der Tripper ist eben geheilt.

Endlich seien noch die Kinderzahlen der erkrankten Frauen angeführt: unter den 25 waren 11 kinderlos, 10 hatten ein Kind, 2 hatten zwei, 1 drei Kinder, von einer fehlte die Angabe. Doch waren diese Frauen, wie oben erwähnt, wohl sicher nicht alle gonorrhoisch erkrankt und zum Teil noch zu jung verheiratet.



E. glaubt doch festgestellt zu haben, daß — wenigstens in den von E. bearbeiteten Bevölkerungsschichten! — der Tripper auch nicht entfernt die große, die Gesundheit der Ehefrauen, das Glück der Ehen und die Volksvermehrung aufs schwerste beeinträchtigende Bedeutung hat, die man ihm von manchen Seiten zuschreibt und zu agitatorischen Zwecken proklamiert.

Das wichtigste Ergebnis scheint mir vor allem zu sein, daß doch der Tripper in den allermeisten Fällen heilbar ist und auch geheilt wird; den scharfen Äußerungen Neissers, über die Heilbarkeit speziell auch des weiblichen Trippers, kann E. sich nur anschließen.

E.s Untersuchungen sind ja nur ein Anfang zur Ermittlung der Wahrheit, auf die es uns doch vor allem ankommen muß. Es ist dringend wünschenswert, daß dieselben fortgesetzt, von verschiedenen Seiten aufgenommen und auch auf andere Bevölkerungsschichten und Berufskreise ausgedehnt werden; dann wird auch das Angstgeschrei und die unerhörte Übertreibung, mit welchen die Tripperfrage an die Öffentlichkeit gebracht worden ist, auf ein gebührendes Maß zurückgeführt werden. Auch dann bleibt ja leider noch Elend genug übrig.

Und das Maß desselben wird immer noch groß genug sein, um die Angst vor der Infektion — das beste Palliativ gegen den unehelichen und unreinen Geschlechtsverkehr — lebendig zu erhalten. Aber es ist nicht gerade nötig, daß die Angst vor den angeblich schrecklichen Folgen, welche eine Tripperinfektion für das ganze Leben haben soll, den von derselben Betroffenen ihr ganzes Lebensglück verbittert. Mögen dieselben sich nur rechtzeitig und andauernd einer sachverständigen Behandlung unterwerfen. (Münch. med. Woch. 1906, Nr. 48.)

*

Über die Magnet-Operation in der Augenheilkunde. Von J. Hirschberg.

Über 27 Jahre sind verstrichen, seitdem H. seinen ersten erfolgreichen Fall von Ausziehung eines in die Tiefe des Auges eingedrungenen Eisensplitters, mit Hilfe des (durch Lederhautschnitt) eingeführten Elektromagneten, in der Berl. klin. Wochenschrift veröffentlicht habe. Eine gewaltige Literatur hat an diese Veröffentlichung sich angeschlossen.

H. selber hat in dieser Zeit, welche nahezu ein Menschenalter umfaßt, 347 Magnetoperationen verrichtet. Die Zahl der überhaupt in der Literatur veröffentlichten Operationsfälle umfaßt viele tausende und ist — ungleich manchen ephemeren Eingriffen, wie z. B. der Myopie-Operation — in stetiger Zunahme begriffen.

Das ist ja auch begreiflich, wenn man das gewaltige Anwachsen der Industrie in den letzten 30 Jahren berücksichtigt. Die Wichtigkeit der menschenfreundlichen Aufgabe, dem bei der Arbeit durch Eindringen von Eisensplittern verletzten Auge sichere Hilfe und Rettung zu gewähren, ist in Deutschland noch erhöht durch die Reichsgesetzgebung, welche das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 ins Leben gerufen und gewissermaßen die ganze deutsche Ärzteschaft zu einem ausführenden Organ dieser sozialen Gesetzgebung gemacht hat, indem sie allerdings an den idealen Sinn der deutschen Ärzte, und mit Erfolg, die höchsten Anforderungen stellte.

Willig gesteht W., nach 40jähriger Beschäftigung mit der Augenheilkunde, daß die Diagnose in den einzelnen Fällen recht schwierig sein kann. Aber trotzdem müssen auch die praktischen Ärzte sich daran gewöhnen, in jedem Fall von ernster Augenverletzung von Arbeitern sofort an die Möglichkeit des Eindringens von Eisensplittern zu denken und, wo die Möglichkeit vorliegt, auch ungesäumt der Sache auf den Grund zu gehen.

Ferner müssen die Augenärzte darauf hinarbeiten, mil allen Mitteln der Untersuchung, der genauen Betrachtung, der seitlichen Beleuchtung, der Augenspiegelung, auch mit den beiden neueren Verfahren des Röntgenbildes und der Sideroskopie, das Übersehen eines eingedrungenen Splitters auszuschließen, aber auch nicht in einem Augapfel, der keinen Eisensplitter beherbergt, nach einem solchen zu suchen. Nur die Zusammenfassung aller Zeichen sichert die Diagnose so weit, daß wir weder einen wirklich vorhandenen Eisensplitter im Auge lassen zum Schaden des Kranken, noch gar nach einem nicht vorhandenen im Auge suchen, was gewiß recht schädlich ist.

Den Plan, einen in die Tiefe des Auges eingedrungenen Splitter reizlos einheilen zu lassen, sollten die wenigen, die ihn hegen, vollständig aufgeben: denn er ist aussichtslos. Die vor kurzem erschienene Dissertation von Robert Wirtz über „Toleranz des Auges gegen eingedrungene Fremdkörper“ entbehrt der richtigen Kritik; wenn wir diese üben, so finden wir unter seinen 34 Fällen nicht zwei, wo Eisensplitter in Netzhaut oder Glaskörper länger als zehn Jahre, reizlos eingeheilt waren und vertragen wurden. Von einem Fall, der als reizlos eingeheilter Eisensplitter im Augengrund gelten soll, müssen wir heutzutage doch die folgenden drei Dinge verlangen: 1. den ophthalmoskopischen Nachweis eines festen, körperlichen, vorspringenden Gebildes im Augengrunde, — um doppelte Durchbohrung des Augapfels auszuschließen; 2. das positive Röntgenbild; 3. die Ablenkung der Magnetnadel. Prüft man die Fälle der Literatur auf diese Anforderungen, so bestehen sie nicht.

Aber überzeugender als die Literatur sind für H. seine eigenen, ziemlich umfangreichen Erfahrungen und lange fortgesetzten Beobachtungen. So trefflich die Sehkraft, so reizlos das Auge sein kann, das einen kleinen Eisensplitter im Augenhintergrund beherbergt, — früher oder später geht doch die Sehkraft dieses Auges verloren.

Wer nun auf diesem schwierigen Gebiete gute Erfolge erzielen will, muß genau und unbefangen in der Diagnose sein; tatkräftig und hurtig in der Ausführung, zumal bei den frischen Fällen, bei denen der Aufschub der Operation auch nur bis zum nächsten Morgen ein Todesurteil für das verletzte Auge bedeuten kann; und endlich muß er gute Instrumente besitzen. Diese Verletzten sollen nicht ambulant operiert werden.

In diagnostischer Hinsicht muß H. sich von neuem gegen die Behauptung wenden, die schon öfters in englischer Sprache ausgesprochen und von mir widerlegt worden und die trotzdem neuerdings in deutscher Sprache wiederholt worden ist, daß das frisch verletzte Auge, welches einen Eisensplitter enthalten mag, sofort an den Riesenmagneten gebracht werden müsse: gibt der Verletzte keinen Schmerz an, so sei kein Eisen darin. Diese Behauptung ist unrichtig. Denn in seiner eigenen Praxis hatte H. mehr als ein Dutzend Fälle, wo die Anwesenheit eines Eisensplitters in der Tiefe des Auges vorher durch die Magnetnadel, das Röntgenbild oder sogar durch den Augenspiegel nachgewiesen worden und trotzdem das Anlegen des Riesenmagneten keinen Schmerz verursachte, und wo dann durch das richtige Anlegen des Magneten der Splitter sofort herausgezogen wurde.

Diese Untersuchungsweise ist aber auch gefährlich und hat in einigen Fällen einen größeren Splitter sofort in den Strahlenkörper hineingezogen, von wo er nicht entfernt werden konnte, so daß gelegentlich das Auge verloren ging.

Der Streit, ob Röntgenbild, ob Magnetnadel, ist gegenstandslos. Beide sind erforderlich. Beide zusammen müssen in jedem nur irgendwie zweifelhaften Falle geübt werden. Keines von beiden ist unfehlbar. Künstlerische Röntgenbilder waren in meiner Praxis immer nur selten negativ in solchen Fällen, wo das Sideroskop die Anwesenheit von Eisen angezeigt hatte oder danach die kunstgerechte Ausziehung des Splitters gelungen ist.

Noch wichtiger als das Röntgenbild ist die Sideroskopie. Sie hat H. kaum jemals im Stich gelassen. In frischen Fällen, die sofort zu operieren sind, ist sie geradezu entscheidend. H.'s vereinfachtes Sideroskop ist leicht und sicher zu handhaben.

Ebenso wenig wie in der Diagnose darf man in der Therapie beschränkt sein. H. verwendet einen sehr starken Riesenmagneten, der noch kräftiger ist als der von



Haab, H. verwendet gelegentlich den mittelstarken Magnet von Schlösser und sehr reichlich seinen eigenen Handmagnet, der natürlich an die elektrische Leitung angeschlossen ist. Den letzteren bevorzugt H. in frischen Fällen, wenn die Wunde des Augapfels noch offen ist, und ferner, wenn ein Splitter aus der Tiefe in die Vorderkammer gezogen worden, zur Einführung in die letztere, nach dem Hornhautschnitt.

Die Statistik der Magnetoperation ist nicht etwa mit der der Starausziehung zu vergleichen. Den Star zieht der geschickte Wundarzt immer aus, den Eisensplitter kann er doch nicht in jedem Fall herausbekommen. Das Starauge ist zur Zeit der Operation aseptisch, das Auge mit dem Splitter keineswegs immer, ganz abgesehen davon, daß der Eisensplitter schon so starke Netzhautveränderungen eingeleitet haben kann, daß trotz regelrechter und glatter Ausziehung Erblindung des verletzten Auges nicht vermieden werden kann.

In den acht Jahren von 1896 bis 1903 einschließlich hatte H. unter 3018 klinischen Kranken 64 Fälle von Eisensplittern in der Netzhaut oder im Glaskörper, die H. mit Hilfe des Elektromagneten ausgezogen, beziehungsweise auszuziehen versucht. (Die Fälle in den vorderen Teilen des Auges muß man nicht hinzurechnen, da bei diesen die Gefahren unvergleichlich geringer sind.) Von diesen 64 Fällen erlangten erstens 36, d. s. 56 vom Hundert gute und bleibende Sehkraft. Von diesen 36 erfolgreichen Fällen erlangten zwei Dritteile, nämlich 23 Fälle, sehr gute Sehkraft, $^1/_2$—1; 9 aus dem Glaskörper, 27 aus der Netzhaut: 22 waren frisch, 14 alt. Von diesen 36 Fällen hat H. ein Drittel mit seinem Handmagnet allein operiert, zwei Drittel mit dem Riesen- und Handmagnet zusammen. (Genau 13 gegen 23.)

Zweitens, in 6 Fällen von 64 oder in 9 vom Hundert wurde nur die Form des verletzten Auges erhalten, die Sehkraft ging verloren.

Drittens, in 22 Fällen von 64 oder in $34^1/_2$ vom Hundert mußte der verletzte Augapfel entfernt werden.

In der großen Mehrzahl dieser 22 Fälle war der Splitter übergroß, oder Kyklitis oder Sepsis bereits eingeleitet gewesen, als der Verletzte zur Behandlung eintraf.

Viertens, in 4 Fällen von 64 gelang die Ausziehung nicht. Zwei wurden H. nur zu einem Versuch mit dem Riesenmagnet geliehen und wurden ihren Ärzten in demselben Zustande zurückgesendet. Der dritte war noch nicht völlig aufgegeben. Der vierte kam aus Zentralamerika mit einem Splitter, der seit fünf Jahren im Auge gesessen, und führte zur Enukleation. Wenn wir diese 4 Fälle den Verlusten zufügen, so steigen diese auf 38 % und die guten Erfolge sinken ab auf 53 %. (Berliner klinische Wochenschrift, Nr. 8, 1907.)

III. Aus der Praxis.

Das Arhovin. Aus der urologischen Klinik des Dr. Ernst R. W. Frank in Berlin. (Berliner Klinische Wochenschrift 1906, Nr. 31, Autorreferat).

Der Verfasser weist zunächst an der Hand der anatomischen und bakteriologischen Tatsachen darauf hin, daß jeder inneren Tripperbehandlung eine bestimmte Grenze gesetzt sei, über welche hinaus kein internes Mittel, sei es auch noch so bakterizid, eine Wirksamkeit entfalten kann; einmal bieten die zahlreichen Taschen und Drüsen der Harnröhrenschleimhaut, durch ihren besonderen, den physiologischen Bedingungen angepaßten Bau, den Mikroorganismen Schlupfwinkel, in welche die im Harn gelösten Medikamente nicht einzudringen vermögen. Andererseits haben zahlreiche, mit den balsamischen Mitteln angestellte bakteriologische Untersuchungen erwiesen, daß denselben eine erhebliche Gonokokken vernichtende Wirkung nicht zukommt. Beispielsweise geht aus den von Valentine angestellten Versuchen hervor, daß es nicht möglich ist, das Wachstum von Gonokokken und anderen Bakterien der Urethralflora dadurch zu beeinflussen und zu hemmen, daß man zur Herstellung der Urin-Agarplatten Sandelholzölurin verwendet.

Verfasser berichtet nun über die Ergebnisse, welche er in einer großen Zahl von Gonorrhoefällen mit der inneren Darreichung des von Dr. Horowitz, Berlin, dargestellten Arhovins erzielt hat.

Um zunächst festzustellen, ob dem Arhovin (Additionsprodukt des Diphenylamins und der esterifizierten Thymolbenzoesäure) nach Übergang in den Harn eine bakteriologische Wirkung zukommt, ließ Verfasser durch Dr. Heilmann, Pittsburg, eine Reihe von Versuchen in der Weise ausführen, daß der von Personen mit völlig intakten Harnwegen, nach 1—2tägiger Einnahme von 6—8 Arhovinkapseln a 0·25 pro die unter aseptischen Kautelen aufgefangene Urin unter Anstellung von Kontrollversuchen in seinem Verhalten gegen Gonokokken- und Staphylokokkenkultur geprüft wurde. Aus den Versuchen ergibt sich, daß die Umwandlungsprodukte des Arhovins zwar nicht imstande sind, den Urin stark bakterizid zu machen, wohl aber demselben, wenn auch schwache, entwicklungshemmende Eigenschaften auf Staphilokokken und Streptokokken zu verleihen. Insbesondere ergab sich, daß Gonokokkenkulturen in ihrer Entwicklung gehemmt werden; da diese aber auch bei ihrer überaus großen Empfindlichkeit durch Übergießen mit serilem Harn im Wachstum gehemmt werden, kann man diesen Versuch nicht als für Arhovin beweisend betrachten. Gleichwohl wird demgegenüber betont werden dürfen, daß sich die Resultate des experimentellen Kulturverfahrens durchaus nicht immer decken mit den in der Praxis gewonnenen. Die von anderen Autoren beobachtete Erhöhung der Azidität des Harns bei der Arhovindarreichung bestätigend, erblickt Frank darin ein dem Wachstum der Gonokokken in der Urethra ungünstiges Moment. Auf Grund dieser Versuche kommt Frank zu dem Ergebnis, daß das Arhovin ebenso wenig wie alle übrigen internen Mittel die lokale Antisepsis bei der Gonorrhoebehandlung überflüssig macht. Zur Abtötung der Gonokokken hält Verfasser auch weiterhin die Silbereiweißpräparate, als deren wirksamstes er das Albargin ansieht, für unbedingt unentbehrlich. Verfasser sieht in dem Arhovin infolge der Reiz mildernden und Schmerz stillenden Wirkung des Präparats bei entzündlichen Schleimhauterkrankungen der Harnwege ein willkommenes Unterstützungsmittel, welches in seiner Wirksamkeit die Balsamika übertrifft. Den letzteren gegenüber betont Frank beim Arhovin als besonders wertvoll das völlige Fehlen von Reizwirkungen auf den Magendarmkanal und die Nieren, während allen bisher bekannten balsamischen Mitteln zur inneren Behandlung der Gonorrhoe, selbst dem besten ostindischen Sandelholzöl oder dessen Kombination mit Kawa dieser Nachteil anhaftet. Bei dem letztgenannten Präparat hat Verfasser recht unangenehme Reizerscheinungen seitens der Verdauungsorgane beobachtet. Dagegen hat Verfasser auch bei noch so langer fortgesetzter Darreichung von Arhovin in einer recht beträchtlichen Zahl von Fällen niemals auch nur die geringste Klage von seiten des Patienten gehört, noch irgend welche Reizerscheinungen beobachtet. Es wurde wiederholt von Patienten betont, daß, während sie bei früheren Gonorrhoen infolge der Einnahme von balsamischen Mitteln stets Störungen im Digestionstraktus unangenehm empfunden hätten, die Einnahme von Arhovin auch nicht die geringste Belästigung im Gefolge habe. Niemals war ferner, auch nicht bei Anstellung der Sulfo-Salizylsäure-Probe die geringste Spur Eiweiß im Urin nachweisbar, selbst nicht bei (zu Versuchszwecken) 3—4 Tage hintereinander erfolgter Verabreichung von 10—12 Kapseln à 0·25 pro die.

In therapeutischer Beziehung sah Verfasser übereinstimmend mit anderen Autoren, daß im Falle gonorrhoeischer und anderweitiger bakterieller Infektionen der Harnwege, die damit verbundenen Reizerscheinungen durch das Arhovin teils beträchtlich herabgesetzt, teils gänzlich beseitigt wurden, was besonders deutlich bei entzündlichen Prozessen der hin-



teren Harnröhre und des Blasenhalses beobachtet werden kann. Über die lokale Anwendung von Arhovinöl besitzt der Verfasser zur Zeit keine eigene Erfahrung, erwähnt aber, daß Piorkowski und einige andere Autoren mit reinem Arhovin, sowie mit der 2—3%igen Lösung in Öl gute antibakterielle Erfolge erzielt haben.

Über Pyrenol und dessen Verwendung. Von Dr. E. Toff (Braila). (Medizinische Klinik 1906, Nr. 35.)

Das Pyrenol entfaltet besondere Wirksamkeit auf zwei Gebieten, den neuralgisch-rheumatischen Erkrankungen und denjenigen der Respirationsorgane. Toff hat das Pyrenol in einer großen Zahl von Fällen mit ganz vorzüglichem Erfolge angewendet. I. Krankheiten des Respirationstraktes: a) Bei Asthma (auch bei Asthma nervosum). Die Fälle zeigten tatsächlich auffallende Besserung. b) Die krupöse und katarrhalische Pneumouie werden in auffälliger Weise durch Pyrenol in ihrem Verlauf gemildert, wie auch von zahlreichen Autoren festgestellt wurde. c) Der vorzügliche, geradezu spezifische Einfluß des Pyrenol auf Pertussus wurde unter anderem auf der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte von Ganz gebührend hervorgehoben. Toffs Beobachtungen sprechen völlig im gleichen Sinne. d) Mit Vorliebe hat Toff Pyrenol in der Kinderpraxis (0·5—1 in Lösung für 24 Stunden, stündlich ein Kaffeelöffel) angewandt, besonders bei akuter Bronchitis und katarrhalischer Pneumonie (auch bei 4 Wochen alten Kindern) mit ausgezeichneten Resultaten. II. Über seine zahlreichen Erfahrungen mit der Pyrenolanwendung bei rheumatischen Erkrankungen sagt Verfasser: Die Erfolge waren durchgehends gute, namentlich bei akuten und subakuten Rheumatismen und bei Gelenkserkrankungen und Neuralgien, die auf Influenza beruhen

IV. Notizen.

Abstinenz und Lebensversicherung. Einen höchst interessanten Einblick in den Zusammenhang zwischen Temperenz und Langlebigkeit gewann man gelegentlich der Eröffnung des neuen Gebäudes der Versicherungsgesellschaft The United Kingdom Temperance and General Provident Institution. Diese Versicherungsgesellschaft dürfte darin einzig bestehen, daß sie besondere Statistiken führt über die abstinenten und nicht abstinenten Mitglieder. Sie wurde ursprünglich, im Jahre 1840, nur als Lebensversicherung für Temperenzler begründet, was zu jener Zeit als ein großes Wagnis galt. Ja, schon allein Temperenzler aufzunehmen, galt als ein Risiko, denn damals, zu Anfang der Temperenzbewegung, war es eine vielverbreitete Ansicht, daß das Leben durch die Entziehung alkoholischer Getränke verkürzt werden würde. Die Männer aber in der City von London, welche die neue Lebensversicherungsgesellschaft gegründet hatten, waren anderer Ansicht. Sie waren davon durchdrungen, daß der Alkoholgenuß das Leben nicht nur moralisch und ökonomisch, sondern auch physisch ungünstig beeinflusse, und aus dieser Überzeugung heraus boten sie ihren Abstinentenmitgliedern günstigere Bedingungen, als sie in anderen Instituten finden konnten. Sie hatten sich in ihren Berechnungen nicht getäuscht. Um aber ihre Gesellschaft auf eine breitere Basis zu stellen, machten sie sie nach sieben Jahren auch Nichttemperenzlern zugängig, wobei das „Bonus"-System, das die Gesellschaft befolgte, den Temperenzmitgliedern die bisherigen Vorteile gewährleistete. Denn der „Bonus" kam den länger lebenden Mitgliedern zu statten, und als solche erwiesen sich die Abstinenten. Es wurde für die zwei Klassen der Temperenzler und Nichttemperenzler eine genaue Statistik eingeführt, in die sich die Versicherten ungefähr zur Hälfte teilten, und es liegt nun das äußerst interessante Resultat von 60 Jahren vor: 1841 bis 1901. Während dieser Zeit waren 31.776 Polizzeninhaber vorhanden, die nicht Temperenzler waren; sie ergaben 466.943 Lebensjahre und es kamen 8947 Todesfälle unter ihnen vor. Die 29.094 Temperenzler aber stellten bei 393.010 Lebensjahren nur 5124 Todesfälle. Stände die Sterblichkeit unter ihnen im gleichen Verhältnis zur Anzahl der Polizzeninhaber wie bei der anderen Klasse der Versicherten, dann würde die Zahl 6959 betragen haben anstatt 5124. Mit anderen Worten, die Sterblichkeit war unter den Nichttemperenzlern um 36% höher als unter den Temperenzlern. Dieses Resultat überrascht selbst viele auf diesem Gebiete Wohlunterrichtete, und es dürfte eines der besten Argumente zugunsten der Temperenzbewegung sein.

Die Anämie der Studierenden. Sehr bemerkenswerte Untersuchungen über die physiologischen Wirkungen geistiger Überanstrengung hat Dr. Graziani in dem hygienischen Institut der Universität Padua vorgenommen. Es handelt sich dabei um die Krankheitserscheinungen, die man als die „Anämie der Studierenden" zu bezeichnen pflegt. Schon seit längerer Zeit ist festgestellt, daß bei Schulkindern und Studenten starke geistige Anspannung bestimmte Symptome zur Folge hat. Es ist zum Beispiel nachgewiesen, daß von den im ersten Schuljahre stehenden Mädchen bei Anfang des Schuljahres im Durchschnitt 12 Prozent, an dessen Ende aber 24 Prozent anämisch sind. Serafini hat gezeigt, daß die Universitätsstudenten während der dem Examen vorausgehenden Periode geringere Nahrungsmengen einnehmen als zu anderen Zeiten. Ferner ist die Verminderung des Körpergewichts bei einer außerordentlich großen Prozentzahl von Schülern festgestellt worden und Obici gelangte zu dem Resultate, daß den Momenten absoluter und relativer Gemütsruhe eine Atmungsvertiefung entspricht, während die Perioden geistiger Tätigkeit um so oberflächlichere Atmungsbewegungen zeigen, je intensiver die vollbrachte Gehirnarbeit ist. Ja, wenn Akte der Apperzeption oder der Gedächtnisanstrengung zur Ausführung gelangen, so tritt eine zeitweilige oder mehr oder minder längere Pause in der Atemtätigkeit ein. Nach alledem richtete nun Dr. Graziani seine Untersuchungen auf einen ganz bestimmten neuen Punkt, nämlich darauf, ob eine übermäßige Gehirnbetätigung Veränderungen in der Zahl, Zusammensetzung und den Eigenschaften der Bestandteile des Blutes, und besonders der wichtigsten unter ihnen, der roten Blutkörperchen hervorzubringen vermag. Die Ergebnisse der Untersuchung, die er in der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege veröffentlicht, stellen vor allem fest, daß die mit der Vorbereitung zum Examen verbundenen Anstrengungen in der Mehrzahl der Fälle eine bemerkenswerte Abnahme des Gewichts zur Folge haben.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.

Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 37. Wien, 14. September 1907. **Nr. 37.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Improvisierte Asepsis.

Von **Dr. Otto Grosse**, Spezialarzt für Chirurgie der Harnwege, München.[1])

Von „improvisierter Asepsis" zu sprechen wird Ihnen als contradictio in adjecto erscheinen; ist uns doch immer noch von dem Begriffe der Asepsis — ich verstehe hierunter selbstverständlich eine strenge, bis ins kleinste peinlich durchgeführte Asepsis — die Vorstellung eines klinischen Operationssaales mit all seinen mehr oder minder komplizierten Einrichtungen fast unzertrennlich. Die Meinung, man könne nur in einem solchen Raume „aseptisch" operieren, beruhte in erster Linie auf der Überschätzung der sogenannten Luftinfektion; das Irrige dieser Annahme ist theoretisch wie praktisch durch so zahlreiche Untersuchungen und Erfahrungen nachgewiesen, daß es sich erübrigt, hierauf noch einmal des näheren einzugehen. Wenn aber trotzdem die Asepsis noch nicht Gemeingut aller Ärzte geworden, so liegt der alleinige Grund darin, daß man zu ihrer Ausübung umfangreiche Apparate und schwierige, zeitraubende Manipulationen für unerläßlich hält. Daß auch dieses Vorurteil unberechtigt ist, daß sich eine vollkommen einwandfreie Asepsis unter den primitivsten Verhältnissen und mit den allereinfachsten, überall zu beschaffenden Hilfsmitteln erreichen läßt, möchte ich Ihnen im folgenden beweisen.

Ich habe bereits im Jahre 1905 im Archiv für klinische Chirurgie[2]) (vergl. auch Münchener med. Wochenschrift, 1905, Nr. 31) nachgewiesen, daß wir im Wasserdampf, dem überhaupt zuverlässigsten bakteriziden Agens, ein Sterilisationsmittel besitzen, dem allein sämtliche Objekte, deren wir zu aseptischen Operationen in keimfreiem Zustande bedürfen, exponiert werden können. Stellt nun schon die hiedurch ermöglichte Einheitlichkeit des Verfahrens eine erhebliche Vereinfachung der Sterilisationsprozeduren dar, so ist die Wasserdampfsterilisation auch in anderer, und gerade für die hier in Rede stehenden Zwecke überaus wichtiger Beziehung als die denkbar einfachste Methode zu bezeichnen. Wir bedürfen nämlich zu ihrer Ausübung keiner sozusagen „präformierten" Apparate, sondern können uns einen Dampfsterilisator an Ort und Stelle der Operation aus dort sicher vorhandenem Material im Handumdrehen zusammenstellen. Es ist dazu weiter nichts erforderlich als zwei Kochtöpfe, deren einer in den anderen hineingestellt werden kann. Auf den Boden des größeren Topfes wird ein Glas Wasser gegossen, der kleinere nimmt das zu sterilisierende Material — Instrumente, Verbandstoffe, Katheter, Spritzen, Gummihandschuhe, oder was man sonst zu einer Operation, einem Verbandwechsel, einem Katheterismus, einer Infusion usw. gebraucht — auf. Wird nun das Wasser in dem großen Topfe, nachdem derselbe mit einem Deckel, nötigenfalls auch mit einem Brettchen, Teller oder dergleichen, bedeckt ist, auf dem Herd oder irgend einem Kochapparat — einen Spirituskocher improvisiere ich mir aufs leichteste aus einem tiefen Teller, über den ich zwei sich kreuzende Blechlöffel lege — zum Sieden gebracht, so stellt sein ganzer Innenraum den Dampfraum eines Wassersterilisators dar, in welchem durch die Einwirkung des Dampfes in wenigen Minuten eine unbedingt sichere Sterilisation zustande kommt. Das ist in kurzen Worten das Prinzip meiner Sterilisationsmethode, die ich Ihnen hier, als Beispiel wähle ich die aseptische Vorbereitung zu einer Herniotomie — in praxi vorführen möchte; auf die unendlich vielfachen Modifikationen, die sich aus der Verschiedenheit des jeweilen benötigten Instrumentariums und Verbandmaterials einerseits und aus der Verschiedenheit des in diesem oder jenem Hause zur Verfügung stehenden Inventars andererseits ergeben, kann ich natürlich nicht im einzelnen eingehen. Nur einige Beispiele der Anwendung werde ich später anführen.

Zunächst gestatten Sie mir, die zurzeit außerhalb unserer Kliniken gebräuchliche Handhabung der Asepsis in Kürze zu erörtern. Bezeichnend in dieser Hinsicht ist es, wie sich Bayer[3]) noch in der letzten, 1901 erschienenen Auflage seiner sonst so instruktiven „Chirurgie in der Landpraxis" zur Frage der Aseptik äußert: „Ich glaube, daß man in der Landpraxis ohne Antiseptika gar nicht auskommt, und halte es geradezu für beirrend, etwas Detailliertes über Antiseptik zu sagen; man möge mit den Antisepticis nur nicht schaden. So schrieb ich anno 1894

[1]) Vortrag, im ärztlichen Verein in München, am 10. April 1907.

[2]) Grosse, Eine neue Methode der Sterilisation chirurgischer Messer. Ein chirurgischer Universalsterilisator. Archiv f. klin. Chirurgie, 1905, Bd. 77, H. 2.

[3]) Bayer, Die Chirurgie in der Landpraxis, kurzgefaßtes Nachschlagebuch für praktische Ärzte. 3. Auflage. Berlin 1901. Fischers med. Buchhandlung.



und so schreibe ich auch heute noch, wenn sich auch seither in diesen Dingen so manches geändert!" Und weiter heißt es in demselben Kapitel: „Sicher rein ist nur das, was man sich selbst entweder sterilisiert oder in antiseptischen Verschlüssen, Lösungen usw. aufbewahrt mitbringt. Da man nun erst Vorbereitungen treffen muß, so sind diese meiner Erfahrung und Überzeugung nach durch die Anwendung von Antisepticis wesentlich sicherer zu bewerkstelligen, viel rascher zu vollenden und bedeutend zu vereinfachen." — Finden sich solche Anschauungen heute noch in weitverbreiteten Handbüchern, so braucht es freilich nicht wunder zu nehmen, wenn vielfach — in noch krasserer Weise — nach dem allerdings denkbar einfachsten Rezept verfahren wird: es werden in einige Liter Wasser entsprechende Quantitäten Karbol oder Lysol oder dergleichen geschüttet oder — noch einfacher — Pastillen von Hydrargyrum oxycyanatum geworfen, und nun glaubt man, im Moment eine sicher keimfreie und keimtötende Flüssigkeit vor sich zu haben, die man getrost zur Desinfektion der Instrumente, der Hände und des Operationsfeldes und schließlich zur Herstellung des Verbandes verwendet. Dieser Überschätzung der Wirksamkeit der Antiseptika können nicht oft und nicht nachdrücklich genug die durch zahlreiche Untersuchungen hervorragender Forscher einwandfrei erwiesenen Tatsachen entgegengehalten werden, daß — ich zitiere hier die einleitenden Worte zu Ihles[4]) „Asepsis" — „die chemischen Desinfektionsmittel, selbst die stärksten unter ihnen, wie Karbolsäure und Sublimat, auch in noch so starker Konzentration frühestens erst nach Stunden, häufig erst nach Tagen, und dann auf alle Fälle noch nicht absolut sicher die für die Wunde gefährlichen Infektionskeime abtöten. Außerdem sind sie überhaupt nur unter gewissen, recht schwierig zu schaffenden Voraussetzungen wirksam, ganz abgesehen davon, daß sie Gifte sind und als solche nicht allein den menschlichen Organismus gefährden, sondern auch die Wunde direkt schädigen und die Verheilung verzögern." Danach kennzeichnet sich solche Handhabung der „Asepsis" zum mindesten als gedankenlos, unter Umständen, im Hinblick auf ihre möglichen Folgen geradezu als gewissenlos. Glücklicherweise steht aber wohl die Mehrzahl der Ärzte nicht mehr auf diesem veralteten Standpunkt, sondern bedient sich wenigstens für die Instrumente einer absolut zuverlässigen Sterilisationsmethode, des Kochens in Wasser oder in Sodalösung. Manche Autoren, wie Dörfler[5]), Coqui[6]) u. a. halten es für zweckmäßig, dieses bereits daheim in einem der hiefür konstruierten Apparate, eventuell auch in einer gewöhnlichen Bratpfanne vorzunehmen und die Instrumente dann in sterile Tücher gewickelt in die Behausung des Patienten zu transportieren. Andere, wie v. Trentinaglia-Telvenburg[7]), kochen die Instrumente, da ja „Wasser und Feuer überall zu haben sind, wo man operiert", erst direkt vor dem Gebrauche. Letzterem Verfahren dürfte, als dem einfacheren, das die wenigsten Manipulationen erheischt, entschieden auch der Vorzug größerer Sicherheit zukommen. Jedenfalls werden sich dem Bestreben, mit keimfreien Instrumenten zu operieren, nennenswerte Schwierigkeiten überhaupt nicht entgegenstellen; man wird höchstens den Nachteil in den Kauf nehmen müssen, daß infolge des Kochens, sei es mit, sei es ohne Sodazusatz, die Instrumente bald glanzlos, schwarzfleckig und unansehnlich werden. Die größte, wirkliche Schwierigkeit liegt in der Frage: Woher nehmen wir, wenn wir genötigt sind, unter primitiven Verhältnissen zu operieren, keimfreie Verbandstoffe? Am naheliegendsten erscheint es, wie schon Neuber[8]) und nach ihm besonders Ihle (l. c.), sowie neuerdings Stadler[9]) vorschlagen, die Verbandstoffe, Tupfer, Tücher usw., sowie auch das Nahtmaterial mit den Instrumenten zugleich in Wasser zu kochen. Aber abgesehen von der Unhandlichkeit, um nicht zu sagen Untauglichkeit, nassen Materials bei der Operation selbst, bedeutet die Verwendung nasser Verbandstoffe in den allermeisten Fällen geradezu einen Kunstfehler. Man hilft sich größtenteils mit fabriksmäßig hergestellten aseptischen oder antiseptischen Verbandstoffen. Über die Brauchbarkeit oder vielmehr Unbrauchbarkeit derselben fällt Dörfler (l. c.) folgendes durchaus zutreffendes Urteil: „Die Anwendung der fabriksmäßig hergestellten sterilisierten Verbandstoffe hat große Schattenseiten. Erstens steht der hohe Preis dem allgemeinen Gebrauch entgegen, zweitens ist von manchen Untersuchern sogenanntes sterilisiertes, aus Fabriken bezogenes Material nicht keimfrei befunden worden. Noch viel weniger Vertrauen verdient mit Antisepticis imprägniertes Verbandmaterial, Schlange u. a. haben dasselbe stark keimhaltig gefunden: es ist dies nicht wunderbar, wenn man bedenkt, daß die Imprägnierung mit Antisepticis den Anfang der Präparation bildet, daß derselben aber durch Auspressen, Trocknen, Schneiden und Verpacken solch zahlreiche Manipulationen mit den Händen zu folgen haben, die niemandem eine nachträgliche Wundinfektion wunderbar erscheinen lassen werden." Dörflers Vorschlag geht deshalb dahin, das gesamte Verbandsmaterial in der eigenen Behausung in einem Dampfsterilisator zu sterilisieren und in letzteren eingeschlossen, an den Operationsort zu bringen — ein bei den Größenverhältnissen eines solchen Apparates immerhin etwas umständliches Verfahren. Einen transportablen Sterilisierapparat, und zwar für Instrumente und Verbandstoffe gibt auch Braatz[10]) an, der die Sterilisation im Hause des Patienten vorgenommen wissen will. Jedoch sind die Dimensionen des Braatzschen Apparates zu klein, um für nur einigermaßen größere Operationen ausreichende Vorbereitungen treffen zu können. Dasselbe gilt für alle die kleinen Sterilisatoren verschiedener Konstruktion, die man hie und da im Gebrauch findet, und einen großen derartigen Apparat eventuell stundenweit mit sich zu führen, dürfte für jeden Arzt höchst unbequem, für die meisten ein Ding der Unmöglichkeit sein. Auch mit der Angabe von Braatz, daß man sich aus jedem gewöhnlichen Emailtopf durch Hineinstellen eines siebartig durchlochten Einsatzes einen Kochschen Dampftopf herzustellen vermag, ist für die Praxis recht wenig gewonnen, denn da der Einsatz natürlich nur in einen Topf bestimmter Größe paßt, wie man ihn nicht überall vorfindet, so würde man gezwungen sein, außer dem Einsatz auch den Topf immer mitzunehmen. Sie sehen also, daß eine exakte Asepsis, wenn wir unter dieser Bezeichnung, wie es zweifellos sein muß, mehr verstehen, als lediglich den Gebrauch gekochter Instrumente, allerlei Schwierigkeiten begegnete, ja in sehr vielen Fällen völlig undurchführbar wurde.

(Fortsetzung folgt.)

Die Wiener Blatternepidemie.

„Das österreichische Sanitätswesen" enthält einen Artikel über die Blatternerkrankungen in Wien.

Dem Artikel ist zu entnehmen, daß der erste im heurigen Jahre in Wien konstatierte Blatternfall einen Anfang April aus Rußland zugereisten Auswanderer, der am 18. Mai geheilt aus dem Spitale entlassen wurde, betraf. Anfang Mai traten nun in einem Hause im X. Bezirk mehrere Blattern-

[4]) Ihle, Eine neue Methode der Asepsis. Stuttgart. 1895. Verlag Ferdinand Enke.

[5]) Dörfler, Die Asepsis in der Landpraxis. München 1896. Verlag von J. F. Lehmann.

[6]) Coqui, Über Laparotomie im Privathause. Archiv f. Gynäkol., 1901, Bd. 63, H. 1 u. 2.

[7]) v. Trentinaglia-Telvenburg, Die Frage der Antisepsis vom Standpunkte der ärztlichen Landpraxis. Wiener medizin. Presse 1888, Bd. 29, H. 53.

[8]) Neuber, Zur Technik der aseptischen Wundbehandlung. Zentralblatt f. Chir., 1892, Bd. 29, 19.

[9]) Stadler, Aseptische Operationen im Privathaus. Würzburger Abhandlungen, Bd. 6, 7. Würzburg 1906. A. Stubers Verlag.

[10]) Braatz, Die Grundlagen der Aseptik. Stuttgart 1893. Verlag von Ferdinand Enke.



fälle auf, deren Entstehungsursache sichergestellt werden konnte. Die zuerst erkrankten Personen beschäftigten sich mit dem Sortieren von Gänsefedern galizischer und wahrscheinlich auch russischer Provenienz und wurden zweifelsohne bei dieser Arbeit infiziert. Die überwiegende Mehrzahl (66%) der Erkrankten gehört dem jugendlichen Alter bis zu 25 Jahren an.

Es standen im Lebensalter von:

0— 1	Jahr	3	Blatternkranke
1— 2	Jahren	6	„
2— 3	„	6	„
3— 4	„	6	„
4— 5	„	9	„
6—10	„	7	„
11—15	„	2	„
16—20	„	9	„
21—25	„	10	„
26—30	„	8	„
31—35	„	10	„
36—40	„	4	„
41—45	„	5	„
46—50	„	1	„
51—60	„	1	„

Das jüngste erkrankte Kind war zwei Monate. die älteste Kranke 58 Jahre alt.

Die folgende Zusammenstellung weist die Verteilung sämtlicher Fälle nach Gemeindebezirken nach. Es ereigneten sich Blatternerkrankungen im II. Bezirk 1, im III. Bezirk 1, im IV. Bezirk 2, im V. Bezirk 1, im VI. Bezirk 5, im VII. Bezirk 2, im X. Bezirk 58, im XII. Bezirk 8, im XV. Bezirk 2, im XVI. Bezirk 5, im XVII. Bezirk 1, im XVIII. Bezirk 2, im XIX. Bezirk 1.

Fast alle Erkrankten gehören dem Arbeiter- oder dem kleinen Gewerbestande an.

Unter 85 Blatternkranken waren 26 ungeimpft und 59 geimpft. Unter den 59 Geimpften sind 9 ohne Erfolg geimpft und 29 „als Kinder“ geimpft, von letzteren war der jüngste Kranke bereits 16 Jahre alt. Außerdem war bei einigen Notgeimpten der seit der Impfung bis zum Ausbruche der Krankheit verflossene Zeitraum zur sicheren Entwicklung des Impfschutzes noch zu kurz gewesen. Berücksichtigt man, daß nach dem heutigem Stande der Forschung die durch die Impfung gewonnene Schutzkraft gegen Blatterninfektion nach 7 bis 10 Jahren erlischt, so erscheint es höchst wahrscheinlich, daß der größte Teil der als Kinder geimpften Blatternkranken der Schutzkraft bereits verlustig gegangen war. Von sämtlichen Blatternkranken sind bisher zehn gestorben, hievon sieben im kindlichen Alter von 1—5 Jahren, einer im Alter von 29 und zwei im Alter von 35 Jahren. Von diesen Verstorbenen war eine 35jährige Person in der Kinderzeit geimpft, sechs ungeimpft und drei ohne Erfolg geimpft (letztere sind also de facto auch als ungeimpft zu betrachten).

Der Wiener Magistrat erläßt eine Kundmachung, nach welcher auf Grund des Erlasses des Ministeriums des Innern der Hausier- und Wanderhandel mit allen wie immer gearteten Gegenständen für das Gebiet des zehnten Wiener Gemeindebezirkes untersagt wird.

Da die seitens der Behörde zur Bekämpfung der Blattern zu treffenden Maßnahmen nur dann von Erfolg begleitet sind, wenn die Anzeigen über einen verdächtigen Krankheitsfall unverzüglich den Amtsärzten erstattet werden, werden die Herren Privatärzte ersucht, Anzeigen über derartige Fälle ohne Verzug entweder persönlich oder telephonisch den betreffenden magistratischen Bezirksämtern zur Kenntnis zu bringen.

Seitens des Magistrats wurden überall „Belehrungen über die Blatternkrankheit“ angeschlagen. Ebenso hat die öffentliche Impfstation der Impfstoffgewinnungsanstalten Verhaltungsvorschriften für Geimpfte publiziert.

Der im Stadtphysikat tagenden Kommission wurde gemeldet, daß am 4. d. M. in den städtischen Impfstationen zusammen 25.349 Personen geimpft wurden; davon entfielen auf den X. Bezirk allein 4130 Personen. Mit Rücksicht auf den unerwartet starken Andrang im Bezirk Währing wurde die Eröffnung einer dritten öffentlichen Impfstation in diesem Bezirke im Gebäude des dortigen magistratischen Bezirksamtes und die Bestellung von zwei Impfärzten beschlossen. Von den 30 Epidemieärzten sind derzeit 15 für den X. Bezirk, 5 für den XVI., 4 für den XII. und je einer für den V., VI., VII., XIV., XV. und XVII. Bezirk bestimmt.

Besonders eingehend befaßte sich die Kommission auch mit vom Franz Josef-Spital am 6. d. M. bekanntgegebenen Blatternerkrankungen. Es handelt sich um zwei Kinder. Durch die spitalsärztliche Untersuchung wurde festgestellt, daß von den zwei Erkrankten der eine sich in der vierten Woche, der andere in der fünften Woche des Krankheitsstadiums befindet. In beiden Fällen scheint seitens der Eltern kein Arzt zu Rate gezogen worden zu sein, so daß die Art der Erkrankung nahezu während ihres ganzen Verlaufes unerkannt blieb. — Die Kommission beschloß, eingehende Erhebungen betreffs dieser zwei Fälle einzuleiten und gegebenenfalls gegen die Schuldtragenden die Strafanzeige zu erstatten. — Von diesen zwei Fällen betrifft der eine den X. und der andere den XII. Bezirk.

Der achte internationale Wohnungskongreß.

(Schluß.)

Kurz zusammengedrängt, charakterisiert sich die Bodenfrage in Deutschland durch folgendes. Überaus starke Preissteigerung alles Bodens, infolge dessen intensivste Bodenausnutzung und weite Ausbreitung einer unerfreulichen Wohnform, hohe, unverdiente Gewinne seitens der privaten Besitzer, daher lebhafte Bodenspekulation, hohe Bodenverschuldung, bei alledem auch ungewöhnlich häufig Hervortreten unsolider Manipulationen. Die Bekämpfung dieser Erscheinungen kann nur durch ein planvolles, den örtlichen Verhältnissen sorgsam angepaßtes System praktischer Maßnahmen geschehen. Dazu zählen vor allem eine planmäßige Bodenpolitik der öffentlichen Körperschaften, dazu zählt, daß sich die Gemeinden beizeiten genügend Land sichern sollen, daß sie ihren Landbesitz richtig verwerten, vor allem nur dort Boden zum vollen, erzielbaren Marktpreise verkaufen, wo der Gemeinde nicht die sichere Gewähr gegeben ist, daß ein billiger Preis auch dauernd billige Mieten bewirkt. Voraussetzung hiebei ist allerdings, daß die Gemeinde alles unterläßt, was den Bodenpreis künstlich in die Höhe schraubt. Dann können die Gemeinden den erworbenen Grund durch Errichtung von Miethäusern selbst ausnutzen und ein dritter Weg der Verwertung von Gemeindegrund ist die Überlassung des Geländes an Private auf Grund bestimmter Verträge. Für langfristige Verträge dieser Art dient das Erbbaurecht, meistens waren aber die Erbbaunehmer gemeinnützige Bauvereinigungen. Nur in Frankfurt a. M. hat die Stadt auch mit Einzelpersonen (meist Beamten) Erbbauverträge abgeschlossen. Dazu muß eine entsprechende Umgestaltung der Bebauungspläne und Bauordnung kommen. Nach dem Beispiele einzelner deutscher Staaten (Baden, Württemberg, Sachsen) ist der Erlaß staatlicher Landesbauordnungen erwünscht, die geeignet sind, den örtlichen Bauordnungen bestimmte Richtlinien zu geben. Eine wichtige Ergänzung dieser Maßnahmen ist dann weiter eine Vermehrung des Baugeländeangebotes, ebenso die allgemeine Erweiterung des Enteignungsrechtes der Gemeinden, eine großzügige Entwickelung der Verkehrsmittel zwischen den Städten, Vororten und Nachbargemeinden und ganz besondere Aufmerksamkeit ist endlich der Steuerbehandlung des Bodens zuzuwenden. Das Wichtigste auf diesem Gebiete ist eine Fortentwicklung der Besitzwechselabgabe zu einer Wertzuwachssteuer, wie sie in neuester Zeit in schneller Aufeinanderfolge in mehreren großen Städten (z. B. in Frankfurt a. M., Köln, Gelsenkirchen, Essen, Freiberg in Sachsen usw.) eingeführt worden ist. Aber neben der Wertzuwachssteuer kann eine laufende Grundsteuer nicht entbehrt werden, und auch sollen die Erträgnisse der Wertzuwachssteuer, die als



Besteuerung von Konjunkturgewinnen schwankend sein müssen, nicht für allgemeine Gemeindezwecke dienen, sondern für außerordentliche Bedürfnisse, z. B. für Baufonds, wie in Frankfurt a. M. Der Überwälzung dieser Steuer auf Mieter und Käufer muß aber durch möglichste Vermehrung und planvolle Verwertung des kommunalen Grundbesitzes, sowie durch Verhütung einer allzu intensiven Bodenausnützung entgegengewirkt werden.

Das inhaltsreiche Referat fand die ungeteilte Aufmerksamkeit des Kongresses, was auch in einer großen Diskussion, die darüber geführt wurde, zum Ausdruck kam. Der Bürgermeister der deutschen Grenzstadt Oderberg teilte unter großem Beifall des Kongresses mit, daß er für Oderberg die Frage bereits praktisch gelöst habe, indem er das ganze zwischen der Stadt und dem Bahnhofe liegende Terrain für die Stadt erworben habe und dadurch der Bauspekulation für Dezennien den Lebensfaden abgeschnitten habe. Das Beispiel Oderbergs ist in der Tat lehrreich genug dafür, wie viel ein Mann auf diesem Gebiete leisten kann, wenn er nur auch der Mann dazu ist. Interessant war die Mitteilung des Neuseeländers Jankins, daß auch Neuseeland schon seine Bodenfrage habe, trotzdem auf einem Gebiet, daß der Größe Italiens und der Schweiz entspricht, nur eine Million Einwohner leben. Dem Bodenwucher arbeite die Regierung dadurch entgegen, daß sie Land aufkaufe und gegen billigen Preis weitergebe. Die Anfrage des Stadtverordneten Flesch (Frankfurt a. M.), ob in Neuseeland hiebei ähnlich wie in Nordamerika in erster Linie Verheiratete berücksichtigt werden, konnte Herr Jankins mit dem Beifügen bejahen, daß auch Unverheiratete Land bekommen.

In weiteren Sitzungen, deren eine in der Gartenstadt Letchworth tagte, wurde über den Bau von Gartenstädten, dann darüber, wie der öffentliche Kredit der Erbauung billiger und gesunder Wohnungen dienstbar gemacht werden könnte, endlich über Bebauungspläne und Bauordnungen referiert und diskutiert. Der Referent über das letztgenannte Thema, Dr. ing. Stübben, Berlin, schilderte den heutigen Kampf um Luft und Licht in beredten Worten. Deutschland gebühre das Verdienst, daß es die ganze unbebaute Stadtumgebung mit einem einheitlichen, amtlichen Bebauungsplan überziehe und die verschiedenen Bebauungsarten im vornherein festsetze. In diesem Sinne wollen die deutschen Bebauungspläne und Bauordnungen als eine öffentliche Wohnungsfürsorge größten Stils aufgefaßt sein. Einen unmittelbaren Einfluß auf die Bebauung und auf den Preis des Baulandes gewinnen die Gemeinden dadurch, daß sie innerhalb der Grenze des Bebauungsplanes möglichst viel Land erwerben. Viele Städte, wie Mannheim, Frankfurt a. M., Köln, Essen, Altona und andere besitzen ausgedehnte Landflächen in ihrer Umgebung, Ulm, Freiburg i. B. und andere Städte sind noch weiter gegangen und haben selber Wohnhäuser erbaut. Die Diskussion über dieses Referat brachte einen völkerpsychologischen Vergleich des Prof. Vogt (Frankfurt a. M.) über London und Berlin. Vogt führte die andere Besiedlungsweise in Deutschland nicht darauf zurück, daß dort andere Bauordnungen bestehen, sondern darauf, daß der Volkscharakter ein anderer sei. Der Deutsche will beisammen wohnen, er scheut lange Wege und hatte namentlich lange eine Abneigung gegen das Wohnen in Vororten. Diese Abneigung sei heute noch z. B. in Frankfurt genau zu beobachten. Der Berliner halte sich an die schon bestehenden Vororte. Er siedelt sich dort an, wo schon eine Verbindung besteht. In England werden die Vororte mitten ins Feld hineingebaut oder die Eisenbahn legt einfach Stationen an und um diese herum beginnt die Besiedelung. Der Deutsche liebt die Zentralisation, der Engländer dezentralisiert. Darin hat der Londoner weit größere Auswahl. Er hat 24, der Berliner nur 11 Vororte zur Auswahl. Er ist kühner als der Deutsche. Die Dezentralisation hat auch ihre Kehrseiten. Es gibt Londoner, die von ihrem Heim in ihr Geschäft zwei, ja selbst drei Stunden weit haben. Wir halten das für Zeitverschwendung und auch die Kosten werden durch die größere Entfernung vermehrt. Darum betragen auch die Gesamtwohnkosten in London — Miete, Haussteuer und Fahrt — so viel wie die deutsche Wohnungsmiete. Wer diese Unannehmlichkeiten auf sich nehmen will, der kann es ja auch in Deutschland machen, aber dem deutschen Volkscharakter entspricht es nicht, ein Widerstand, der allerdings durch genossenschaftlichen Zusammenschluß überwunden werden kann.

Diesem Vergleich wäre zugunsten Englands noch hinzuzufügen, wie großartig, wie bequem man in England fährt, wie sehr die Eisenbahnen darauf bedacht sind, die Last der täglichen Reisen zu vermindern, die Strecken durch Einschaltung von billigen Expreßzügen zu verkürzen. Darin fehlt Deutschland noch sehr viel, wenngleich es anderen Ländern wieder selbst voraus ist. Wenn ich täglich morgens und abends je eine Stunde gewinne, in der ich im Waggon 3. Klasse bequem im gepolsterten Lehnstuhl, oft auch an einem Tische sitzend, meine Zeitung lesen kann oder ein gutes Buch, oder sonst wie mich nützlich während der Fahrt betätigen kann, dann fällt das Argument des Zeitverlustes weg. Im englischen Waggon vermag man Erholungsstunden nützlich zu verbringen und die Engländer verbringen sie auch nützlich. Und auch das Argument der Wohnungsverteuerung durch weite Fahrten trifft nur zum Teil als Vergleichsargument zu, da die englischen Bahnen tägliche Fahrten ungemein billig erstellen. Ein Beispiel für viele: Die einfache Rückfahrkarte London-Leigh, einem sehr schönen an der See gelegenen Londoner Vorort, kostet 4 sh 2 d = 4 Mk 20 Pfg.; 800 Fahrten würden also 1260 Mark jährlich kosten. In Wirklichkeit kostet aber die Jahreskarte, die zur Benutzung des Expreßzuges gültig ist, nicht ganz 240 Mark, eine Verteuerung der Miete, die leicht durch die Differenz im Preis der Miete hereingebracht werden kann. Es wird wohl noch seine guten Wege haben, bis die deutsche Eisenbahnverwaltung von dem geschäftsmännischen Geist beseelt sein wird, der eine so vernünftige Verkehrs- und Tarifpolitik macht. Dem Deutschen wird die so gesunde Dezentralisation also auch wesentlich schwerer gemacht und die Gewohnheit des Volkscharakters ist wohl nicht das einzige Hindernis.

Der letzte Punkt der Kongreßverhandlungen betraf das ländliche Wohnungswesen. Damit schloß der Kongreß wohl seine Tagung, aber er ging nun, wozu sich während der Kongreßberatungen weniger Gelegenheit bot, auf Reisen, um durch gründliche Anschauung in Sheffield, Liverpool, Manchester und in den Gartenstädten Englands allen Delegierten Blicke in das mächtige Streben Englands zu gewähren, die Wohnungskultur zu erhöhen.

II. Referate.

Neue Methode zur Bestimmung des Harnzuckers. Aus dem med.-chemischen Laboratorium der Universität zu Lund. Von Prof. Dr. med. Ivar Bang.

Es ist eine Tatsache, daß der praktische Arzt wegen der Mängel an einer guten und bequemen Methode zur Zuckerbestimmung oft von solchen Bestimmungen überhaupt Abstand nimmt. Für eine polarimetrische Untersuchung fehlt ihm gewöhnlich ein Apparat, auch läßt sich kaum die Gärungsprobe ohne Brutschrank ausführen, welcher jedoch nicht überall zur Verfügung steht. Es bleiben also nur die titrimetrischen Bestimmungen übrig, welche aber weder bequem noch genau sind — besonders wenn die nötige Übung nicht vorliegt. Zur Verbesserung dieser sind bekanntlich viele Vorschläge gemacht, und trotzdem sind wir hierin noch nicht zu brauchbaren Resultaten gekommen.

Autor schlägt folgendes vor:

Die Titrierflüssigkeit besteht aus einer Kupferlösung, welche mit Kaliumkarbonat anstatt kaustischen Alkalis versetzt ist. Weiter enthält sie reichlich Kaliumrhodanid, wodurch das gebildete Kupferoxydul als farblose Verbindung in Lösung gehalten wird. Es steht nichts entgegen, daß man, wie bei Pavy, mit Zucker bis zur Entfärbung titrieren kann. Als viel genauer und bequemer habe ich es gefunden, immer



Kupferoxyd im Überschuß zu haben. Beim Kochen mit Zucker findet folglich nur eine teilweise Entfärbung statt. Dieser Überschuß, welcher von der Zuckermenge abhängig ist, wird nach Abkühlung durch Titration mit einer Hydroxylaminlösung bestimmt und zwar direkt, ohne welche Filtration vornehmen zu brauchen. Das Verschwinden der blauen Farbe markiert den Endpunkt. Die verbrauchten Kubikzentimeter Hydroxylaminlösung gibt die Zuckermenge in Milligramm an.

Die erforderlichen Lösungen werden folgendermaßen zubereitet: 500 *g* K_2CO_3, 400 *g* KCNS und 100 *g* $KHCO_3$ werden unter Erwärmung in 1200 cm^3 Wasser gelöst. Nach Abkühlung fügt man eine Lösung von genau 25 *g* $CuSO_4 + 5 H_2O$ in ca. 150 cm^3 Wasser hinzu, spült nach und füllt auf bis 2 l-Marke.

6·55 *g* Hydroxylamin. sulfuric. und 200 *g* KCNS werden in einem 2 l-Meßkolben gegeben und nach der Lösung in Wasser bis zur Marke verdünnt. Beide Lösungen sind haltbar. 1 cm^3 Hydroxylaminlösung genügt, um 1 cm^3 Kupferlösung zu entfärben.

Zur Zuckerbestimmung führt man mit einer Differentialpipette 10 cm^3 Harn (ist viel Zucker vorhanden, nur 5 bezw. 2 cm^3 + 5 bezw. 8 cm^3 Wasser) in einem ca. 200 cm^3-Kolben über, läßt 50 cm^3 Kupferlösung einfließen, stellt den Kolben auf das Drahtnetz und erhitzt ihn bis zum Sieden. Nach einer Kochdauer von genau 3 Minuten kühlt man unter dem Wasserhahn rasch ab und titriert bis farblos. Nach dem Kochen m u ß die Lösung noch b l a u sein. Eine Entfärbung zeigt, daß zu viel Zucker zugesetzt worden ist, und die Bestimmnng muß mit weniger Zucker wiederholt werden.

Für reine Zuckerlösungen läßt sich die Endreaktion auch auf 0·1 cm^3 schätzen. Da nun 50 cm^3 Kupferlösung etwa 60 *mg* Zucker entspricht, liegt der Grenzwert der Methode bei zirka 0·1 *mg* Z u c k e r und mehr läßt sich auch bei anderen gravimetrischen Methoden, z. B. nach A l l i h n nicht erreichen. Bei Gegenwart von wenig Zucker ist sogar dies Verfahren sämtlichen anderen Methoden — Polarisations-, Gärungs- und Reduktionsmethoden — entschieden überlegen.

Bei Zuckerbestimmung im Harn kann man zwar nicht bis farblos titrieren, indem die Eigenfarbe mitspielt, und die Lösung zuletzt zitronengelb wird. Der Ungeübte wird sich deswegen mit einer Fehlergrenze von zirka 0·05 cm^3 Hydroxylaminlösung genügen lassen. Je reicher an Zucker der Harn ist und je weniger Harn man deswegen zur Bestimmung braucht, desto weniger wird diese Eigenfarbe stören. Enthält der Harn 1—2% Zucker oder mehr, so bemerkt man kaum die Gelbfärbung. Die Bestimmung ist hier so einfach, daß H. auf weitere Besprechung verzichten kann und verweist nur auf seine oben zitierte Arbeit. Als Versuchsobjekte hat H. deswegen vorzugsweise solche Harne benutzt, welche dunkel gefärbt waren und bei Bestimmung nach F e h l i n g das Cu_2O mit schmutziggelber Farbe in Lösung hielten. Die Harne wurden vergoren und mit und ohne Zusatz titriert. Ein solcher braungefärbter Harn reduzierte nach Gärung die Kupferlösung etwas, wie man erwarten konnte, da bekanntlich Harnsäure und Kreatinin eine alkalische Kupferlösung reduzieren. 10 cm^3 Harn verbrauchten 33·40 cm^3 Hydroxylaminlösung. Bei der Entfärbung wurde die Lösung bernsteingelb gefärbt. Trotzdem war die Endreaktion leicht zu sehen. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 8, 1907.)

*

Über nervöse Herzerkrankungen und den Begriff der „Herzschwäche“. Von L. K r e h l.

Der Begriff Herzschwäche ist allmählich aus engeren Fachkreisen in das große Publikum eingedrungen und hat dabei eine sehr wesentliche Verschiebung erfahren. Die Pathologie verstand und versteht unter Herzschwäche die mangelhafte Fähigkeit des Organes, den an seine Leistungsfähigkeit gestellten Anforderungen nachzukommen. In den schweren Fällen zeigt sich die Störung bekanntlich schon in der Ruhe, d. h. unter allen Umständen, in den leichten erst dann, wenn die Erfüllung bestimmter Leistungen verlangt wird. Die Insuffizienz des Herzens ist in der Regel mit größeren Beschwerden, mit allerlei subjektiven Störungen verbunden. Aber diese bilden für die Definition durchaus nicht das Wesentliche, sondern dieses liegt in der Störung der Funktion. Manche Kranke mit Herzbeschwerden der verschiedensten Art fühlen sich „elend“, sie haben unbestimmte Empfindungen von allgemeiner Schwäche und deuten diese leicht als Schwäche des Herzens, besonders dann, wenn aus irgend welchen Gründen die Aufmerksamkeit der Kranken auf das Herz gelenkt ist, oder wenn sie gleichzeitig Abnormitäten am Puls zu fühlen glauben. Es ist nicht nur ein Zeichen von Ängstlichkeit oder hypochondrischer Anlage, wenn die Kranken sich den Puls selbst fühlen oder von ihrer Umgebung fühlen lassen und dann ernsthaft meinen, dadurch etwas über ihren Zustand zu erfahren, sondern es gehört die Beurteilung des Pulses jetzt mit zu den Maßnahmen, die der Kranke selbst glaubt treffen und kritisch verwenden zu können. Das wird dabei natürlich nicht berücksichtigt, daß die aus dem Verhalten des Pulses auf den Kreislauf gezogenen Schlüsse der äußersten Vorsicht und Zurückhaltung bedürfen. Selbst in der ärztlichen Diagnostik wird das nicht immer ausreichend beachtet. Damit soll nicht entfernt der Wert der Pulsuntersuchung herabgesetzt werden. Aber wir müssen die Art dieser Urteile und ihre Entstehung kennen, wenn wir sie kritisch verwenden und uns vor Trugschlüssen schützen wollen. Sie sind entstanden durch das, was man ärztliche Empirie nennt, nicht von einer pathologischen Physiologie des Kreislaufes ausgegangen. Das heißt in der Regel wissen wir, daß bei einem bestimmten Krankheitszustand eine gewisse Pulsveränderung die und die Bedeutung hat. Vielfach lassen sich dabei auch einige Schlüsse auf das physiologische Verhalten des Kreislaufes ziehen. Indessen man kann nicht genug hervorheben, wie vorsichtig und zurückhaltend das geschehen muß, und keinesfalls reichen gegenwärtig unsere Kenntnisse dazu aus, allein auf das Verhalten des Pulses hin, wenn nicht noch andere Symptome teils subjektiver, teilt objektiver Natur vorhanden sind, eine „Schwäche des Herzens“ zu diagnostizieren.

Auf das Verhalten des Pulses und auf Empfindungen der Kranken hin wird nun aber vielfach „Herzschwäche“ angenommen. Gar nicht selten sind die Kranken und mitunter ist auch der Arzt auf diese Symptome hin davon überzeugt, daß Herzschwäche vorliegt. Das wird öffentlich, das heißt mit und vor dem Kranken erörtert. Gar nicht von dem ungünstigen psychologischen Eindruck zu reden, den das macht, nicht davon zu sprechen, wie wenig förderlich für Behandlung und Heilung das Bewußtsein ist, „Herzschwäche zu haben“, handelt es sich hier darum, daß der Ausdruck falsch verwendet ist, solange man sein Augenmerk noch nicht auf die mechanischen Leistungen des Herzens gerichtet hat, solange man nicht mit Sicherheit festgestellt hat, ob diese gestört sind.

Denn für die Klinik ist der Begriff Herzschwäche charakterisiert durch das Bestehen von Funktionsinsuffizienz. Als Grundlage davon kennen wir verschiedene Erkrankungsformen der Herzarterien und des Herzmuskels. Wir wissen weiter, daß sie vorkommt bei einigen ätiologisch umschriebenen Krankheitszuständen. Die pathogenen Momente liegen dabei auf der einen Seite in mechanischen Einwirkungen (Überdehnung, Überanstrengung, Aufnahme großer Flüssigkeitsmengen, vielleicht Ermüdung), auf der anderen in Vergiftungen (Bier, Wein, Gifte von Infektionskrankheiten) oder Infektionen. Zweifellos bestehen hier Beziehungen zur Myokarditis, indem in manchen dieser Fälle entzündliche Prozesse im Herzmuskel als Grundlage der Herzinsuffizienz angesehen werden können. Indessen haben wir bei unseren gegenwärtigen Kenntnissen noch keineswegs das Recht, es für alle zu tun. Dann kann die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit entweder auf chemischen bezw. molekular-mechanischen Veränderungen der Herzmuskelfasern zurückzuführen sein (das, was man gewöhnlich funktionell nennt) oder es handelt sich um Störungen anderer Gewebe (Nervensystem). Also schon für einige ganz sicher gestellte Formen der Herzinsuffizienz besteht die Möglichkeit einer nervösen Grundlage. Wie weit man diese zu-



gibt, dürfte zum Teil abhängen von der Art der theoretischen Vorstellungen über die Entstehung der Herztätigkeit. Man wird vielfach geneigt sein, sich zunächst an das Myokard zu halten, einmal wegen der Verbreitung der myogenen Theorie der Herztätigkeit, und dann, weil man eben von Störungen des Herzmuskels sicher weiß, daß sie zur Funktionsinsuffizienz des Organes führen können — man bleibt so auf bekanntem Gebiet. Aber es gibt doch auch noch andere Möglichkeiten. Und das ist eben die Heranziehung des Nervensystems.

Die Diskussionen über die myogene oder neurogene Theorie der Herztätigkeit haben sich in ihrer Bedeutung für die Klinik zweifellos während der letzten Zeit verschoben. Man weiß jetzt, daß die Erregung von Bewegungen nicht gebunden ist an die Nervenzellen, sondern wohl ebenso entstehen kann in den Fasern. Diese letzteren begleiten aber alle Muskelfasern, und wer Automatie doch für Zellen reservieren möchte, muß immerhin damit rechnen, daß die Nervenzellen nicht, wie man früher annahm, auf einzelne wenige Stellen des Herzens beschränkt, sondern ebenfalls über das ganze Organ verbreitet sind. Jedenfalls haben wir es jetzt mit der innigsten Verbindung von Nerv und Muskel zu tun. Dadurch ist zwar die allgemeine biologische Forschung nicht der Mühe enthoben, immer und immer wieder zu prüfen, welche Art von Gewebe den so merkwürdigen Vorgang der Automatie erzeugt, aber die Klinik wird den Gegensatz zwischen muskulär und nervös künftig mit weniger Schärfe betonen — wenigstens soweit nervös bedeutet „an den Zellen und Fasern des Nervensystems geschehend“. Sie kann jetzt davon ausgehen, daß die Automatie den einzelnen kontraktilen Elementen zukommt, wobei sie nicht zu entscheiden hat, ob nervöses oder muskuläres Gewebe oder beide zusammen sie in letzter Linie erzeugen.

Was versteht nun aber gegenwärtig der ärztliche Sprachgebrauch unter „nervösen Herzkrankheiten“? Es gibt nur eine zusammenfassende Definition, sie schließt diejenigen Störungen der Herztätigkeit ein, die wir nach unseren gegenwärtigen Kenntnissen nicht auf Veränderungen der Funktion des Myokards zu beziehen berechtigt sind. Den Begriff des leichter verlaufenden, prognostisch Günstigeren verbindet man gewöhnlich damit. Es ist angenehm, wenn man einen Krankheitszustand für „nur nervös“ erklären kann. Das zeigt schon die Vielgestaltigkeit und Variabilität des Begriffes. In der Tat handelt es sich dabei um zwei grundverschiedene Dinge. Sicher gehören in das Gebiet der nervösen Herzstörungen hinein psychogene Zustände, sie machen sogar ihre Hauptmasse aus, und auf diesen Teil des Begriffes sind im allgemeinen die diagnostisch und prognostisch charakteristischen Merkmale gerichtet. Es hängt das mit den alten Vorstellungen über den Verlauf der hysterischen Symptome zusammen, die man früher im wesentlichen als flüchtige ansah. Tatsächlich gibt es eine große Reihe kardialer Störungen, die pathogenetisch den hysterischen völlig analog zu setzen sind — es ist dabei für unsere Diskussion gleichgültig, ob wir auf Grund von Möbius' Darlegungen Vorstellungen für das maßgebende halten oder nicht. Jedenfalls handelt es sich um die Erzeugung körperlicher Reaktionen durch psychische Vorgänge. Die Bedeutung des geistigen Zustandes und geistiger Vorgänge für Entstehen, Wechsel und Vergehen der Zustände ist ganz souverän. Hieher gehört der Typus dessen, war wir nervöse Herzaffektion nennen, hieher die sehr große Mehrzahl. Sie treten einmal in offenbarer Verbindung mit psychischen Störungen im weitesten Sinne des Wortes auf. In anderen Fällen muß man diese erst mühsam ergründen, aber das ist doch viel häufiger möglich, als im allgemeinen angenommen wird. Wir streiten uns so häufig um die Zugehörigkeit der „Nervenkranken“ und wie wenig andererseits pflegen wir es zu beachten, daß ein großer Teil der scheinbar lokal bedingten Organstörungen nur psychisch verständlich ist! Schließlich verbinden sich psychogene Herzstörungen recht häufig mit solchen myopathischen Ursprungs, speziell bei der Koronarsklerose kommt das vor. Man könnte darüber geradezu ein eigenes Kapitel schreiben. Es ist das eine der Errungenschaften der Neuzeit. Der Gedanke „Verkalkung“ zu haben spukt jetzt im weitesten Maße beim Publikum. Die Aufmerksamkeit ist viel mehr als früher aufs Herz gelenkt. Beschwerden oder auch nur merkbare Erscheinungen von seiner Seite werden empfunden, registriert, gedeutet; die Verkalkung ist fertig. Wenn nun die Kranken in dem Lebensalter sind, in dem die Sklerose tatsächlich eine wichtige Rolle spielt, wenn Veränderungen der äußeren Gefäße bestehen, wenn vielleicht sogar objektiv nachweisbare Alterationen am Herzen zu finden sind, dann kann es in der Tat sehr schwierig werden, einzelne bestimmte Erscheinungen als psychogen abzusondern. Um so schwieriger, als die der Koronarsklerose als solcher, das heißt direkt, zugehörigen Krankheitserscheinungen nach unseren gegenwärtigen Vorstellungen denen bei nervösen Herzstörungen vollkommen gleichen können. Das ist nun der springende Punkt, hier muß die Kritik und die weitere Forschung einsetzen. Welche Symptome kommen psychogen am Herzen tatsächlich vor? Gibt es Kriterien, die sicher von den myokardialen, das heißt von denen, die wir jetzt als myogen ansehen, zu unterscheiden? Aber weiter erscheint dringend notwendig, fast noch notwendiger das eingehendste psychologische und psychiatrische Studium der Menschen, an denen die Herzstörungen sich bemerklich machen. Es muß von einem wirklich Unterrichteten geprüft werden, ob Herzstörungen vorkommen, die den psychogenen gleichen, ohne daß das Individuum psychisch verändert ist — verändert natürlich im weitesten Sinne des Wortes. Wäre diese Frage entschieden, so würde eine gewisse Klarheit gewonnen sein. Die Klinik müßte dann entschlossen den Schritt tun, diese Herzstörungen als psychische oder psychogene abzusondern, so wie es Strümpell für die Dyspepsie getan hat.

Auf diese psychischen Herzstörungen paßt, wie gesagt, das wesentliche der bisherigen Schilderungen der „nervösen“ Herzkrankheiten. Das charakteristische liegt dabei zunächst in den subjektiven Beschwerden und in den Störungen der Herzaktion.

Dürfen wir so bestimmte myokardiale, ätiologisch auf mechanischem oder toxischem Wege erzeugte einerseits und psychisch vermittelte Gruppen von Erscheinungen auf dem Gebiete der Herzkrankheiten andererseits für ärztlich wohl umschrieben ansehen — wobei allerdings das Klassifizierungsprinzip ein nichts weniger als einheitliches ist — so bleibt ferner noch eine Reihe von Symptomenkomplexen übrig, die sich nicht ohne weiteres in das gegebene Schema einrechnen lassen. Sie zeichnen sich dadurch aus, daß sie ätiologisch keine einheitliche Grundlage haben. Die Symptome erinnern teils an die der myokardialen, teils an die der psychogenen Krankheiten. Eigentliche Insuffizienz fehlt auch hier in der großen Mehrzahl der Fälle. Das mag aber daran liegen, daß wir die Zustände von Kranken mit ausgesprochener Herzschwäche gewöhnlich eo ipso in das Gebiet der Myokarditis hineinrechnen. K. kennt aber einzelne Krankheitsfälle, bei denen kein Anhaltspunkt für Myokarditis oder psychische Herzerkrankung zu finden war, bei denen er ätiologisch nichts fand; es bestanden Störungen der Aktion, meist ohne, hin und wieder mit leichtester Insuffizienz. Was war das? Hier erhebt sich in der Tat die Frage, ob wir mit den bisher genannten Kategorien auskommen. Vielleicht nicht. Man wird einwenden: die Fälle gehören in das Gebiet der nervösen Herzstörungen. Das wird man nur zugeben können, wenn als nervös das bezeichnet ist, was sich sonst nicht unterbringen läßt. Gewiß gehören sie nicht zu den psychischen Störungen des Herzens. Aber man kennt noch das vielleicht große Gebiet der Veränderungen an den Zellen und Nervenfasern des Herzens selbst absolut nicht. Es ist recht wohl möglich, daß sie eine wichtige Rolle spielen. Aber über Tatsächliches müssen wir uns gegenwärtig jeden Urteils bescheiden, weil alle Unterlagen fehlen. Abgesehen von einigen wenigen Fällen-in denen die Folgen einer Vagusläsion beschrieben und charakterisiert sind, kennen wir nichts von lokalen Erkrankungen des Herznervensystems. Jedenfalls pathologisch-anatomisch

nichts. Aber auch klinisch nichts sicheres. Hier können wir nur Vermutungen hegen oder die Richtung andeuten, in der sich die nächsten Untersuchungen bewegen müssen. Für die Gewinnung pathologisch-anatomischer Grundlagen sind zunächst die Aussichten leider recht gering. Die Methoden, die uns so überraschende Aufschlüsse über die normalen histologischen Verhältnisse der Herznerven geben, sind noch so schwierig in ihrer Ausführung, daß man für das einzelne, erst längere Zeit nach dem Tode gewonnene Präparat auf ein Resultat nicht rechnen kann. Es bleibt dann noch die rein klinische Beobachtung, die mit Ausschließung anderer Grundlagen am Ende dazu kommt, das Nervensystem verantwortlich zu machen oder der Ausgang von den physiologischen Verhältnissen, insofern man die Funktion des „Herznervensystems“ kennen und beurteilen lernt. Das in Verbindung mit der genauesten klinischen Beobachtung — schließlich der gewöhnliche Weg jeder klinischen Arbeit — dürfte uns, wenn wir sehr kritisch vorgehen, am ehesten Antwort auf die Frage geben, ob es vom psychischen Zustande unabhängige Störungen der Herztätigkeit gibt, die einerseits nicht myogen sind, andererseits sich mit Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit als neurogen dokumentieren. Möglicherweise werden wegen der innigen Verflechtung von Nervenfasern und Muskulatur für diese Unterscheidung die gleichen Schwierigkeiten erwachsen wie für das Verständnis des Herzschlages.

In der Art der Auffassung wird uns vorbildlich die Pathologie der Krankheiten des Nervensystems sein. Zwischen psychogenen (funktionellen, hysterischen) und eigentlich zerebralen, spinalen bezw. neuralen Erkrankungen bemüht man sich stets zu unterscheiden. Aber die Unterscheidung ist für manche Fälle genau so schwierig wie am Herzen, z. B. für die sogenannten Beschäftigungsneurosen. Für die Entstehung der hier gemeinten, sicher nicht psychogenen Zustände kommen a priori sowohl neurale als auch muskuläre Prozesse in Betracht. Auch hier wieder läßt sich manchmal die Lokalisation in die einen oder anderen Gebilde mit einem gewissen Rechte machen. Aber nicht selten ist das absolut unmöglich. Oder, wenn man so sagen will, die Unterscheidung ist rein konventionell.

Am Herzen wie am Nervensystem sind hier die durch Intoxikation erzeugten Zustände einzuschalten. Für das Herz nimmt die Pharmakologie eine Beeinflussung des Muskels an, allerdings wird sich kaum entscheiden lassen, wie weit als Träger der Wirkung intrakardiale Ganglienzellen oder die feinsten Nervenfasern in Betracht kommen. Jedenfalls sind hier die allgemein nervösen und die kardialen Erscheinungen koordiniert. Dieses Verhältnis zeigt, wie vorsichtig man im Urteil sein muß. Wie es scheint, ist das gleiche noch in anderen Fällen realisiert. Sind wir doch erst ganz im Beginn unserer Kenntnisse über das Verhalten der intermediären chemischen Wirkungen. Die zahlreichen von den Genitalien abhängigen und besonders die in der Menopause auftretenden Herzstörungen gleichen klinisch völlig den vorher geschilderten. Man pflegt sie auch in diese einzureihen und nimmt die Berechtigung dazu noch besonders daher, daß fast immer gleichzeitig auch allgemein nervöse bezw. psychische Anomalien vorhanden sind. Und doch liegen auch hier die Verhältnisse vielleicht, sogar wahrscheinlich ganz ähnlich wie bei den Folgen der Koffeinintoxikation. Produkte aus den Ovarien dürften hier das wirksame Gift darstellen und von ihnen wird man wohl die Herz- und die allgemein nervösen Symptome herleiten müssen.

Auch die reflektorisch vom Magendarmkanal aus erzeugten Herzstörungen bilden einen Übergang, insofern sie sich entschieden am häufigsten im Gefolge allgemeiner Nervosität finden und diese jedenfalls eine große Rolle spielt.

Nun handelt es sich aber um die weitere Frage nach isolierten Erkrankungen der Herzganglien und Herznerven. Einzelne Kranke klagen über lebhafte Herzbeschwerden. Vor allem spüren sie entweder immer oder sehr häufig etwas von ihrem Herzen. Die Empfindungen kommen entweder ganz spontan oder sie treten unter dem Einfluß psychischer Erregungen ein. Oder auch alle möglichen somatischen Zustände lösen sie aus: Muskelbewegungen oder eine verstärkte Magen- oder Darmtätigkeit. Die im Gefolge von körperlichen Bewegungen eintretenden Störungen haben aber fast immer nichts gemein mit den gewöhnlichen Erscheinungen von Insuffizienz: es fehlt meistens das Gefühl von Dyspnoe, und das Aussehen der Leute bei Muskelbewegungen ist fast immer in keiner Hinsicht anders als die von gesunden Menschen. Ihre eigenen Angaben stimmen völlig mit dem der objektiven Untersuchung überein. Die Kranken setzen ausführlich auseinander, daß sie eigentlich alle Arbeiten machen könnten, Kurzatmigkeit träte nicht ein, sie fühlten auch keine Schwäche. Nur die genannten Beschwerden belästigen sie. Zuweilen erreichen diese ganz das Bild der Angio pectoris. Die physikalische Untersuchung des Herzens ergibt entweder nichts oder sie zeigt Störungen der Schlagfolge; K. kennt Beschleunigung und Irregularität. Die letztere unterscheidet sich für die grobe Betrachtung nicht von den myokardialen.

Gewiß können sowohl Erweiterungen als auch Klappeninsuffizienzen bei diesen Zuständen vorkommen. Aber da diese Erscheinungen auch bei myopathischen Prozessen eine so große Rolle spielen und da es sich eben um Abtrennung von diesen handelt, so scheint mir größte Zurückhaltung am Platze.

Mit der Herzschwäche — wenn wir die anfangs genannte Definition festhalten — ist es genau so. Das wird sich sofort ergeben, wenn wir die physiologische Stellung dieser Prozesse erörtern, die K. im Auge hat. K. möchte eben die Abgrenzung von Zuständen versuchen, die nicht psychogen sind und nicht myopathisch. Man wird einwerfen: „Wozu der Lärm, das sind doch eben die Herzneurosen.“ Das sind sie für den, der leicht zufrieden ist. Wenn unsere Kenntnis der Herzneurosen annähernd so entwickelt wäre, wie die Häufigkeit, mit der man sie diagnostiziert, dann wären wir geborgen.

Erst wenn wir für den einzelnen Fall von Herzstörung eine reinliche Diagnose zu machen gelernt haben, erst dann läßt sich die Frage in Angriff nehmen, ob es eine „nervöse Herzschwäche“ gibt, sofern man eben nicht jede Klarheit der Definition verläßt und die ganze Angelegenheit dadurch zu einem fruchtlosen Spiel von Worten verschiebt. Aprioristisch ist gegen eine solche gar nichts zu sagen. Schon nicht für die psychischen Störungen der Herztätigkeit. Einige Erfahrungen über die Beeinflußbarkeit des Herzens durch psychische Momente könnte sogar durchaus für diese Annahme verwendet werden. Wenigstens weiß man, daß ein einziger starker psychischer Eindruck plötzlichen Tod zur Folge haben kann. Aber man weiß eben nicht sicher, ob allein auf diesem Wege das entstehen kann, was wir jetzt Herzinsuffizienz nennen. Vielleicht dadurch, daß nach der Lehre der alten Klinik aus den Erregungen der psychogenen Herzstörungen sich myokardiale entwickeln? Wegen der Ähnlichkeit mit den muskulären Prozessen müßte für den Einzelfall eben ausgeschlossen werden, daß die Herzinsuffizienz myokardialer Natur sein kann. (Münchener med. Wochenschr. 1906, Nr. 48.)

*

Über die Dosierung und Darreichungsform der analgesierenden Mittel bei der Lumbalanästhesie. Von Doktor C. Hofmann.

Der Artikell will zeigen, daß mit viel geringeren Dosen der Anästhetika als bisher, aber in dünner Lösung verabreicht, die für eine Operation nötige Toleranz erzielt werden kann und daß damit eine wesentliche Herabsetzung der sonst vorhandenen Vergiftungsgefahr eintritt.

Auf die Dosierung der Anästhetika und die Form der Darreichung ist bei der Lumbalanästhesie bisher wohl nicht genügend Wert gelegt worden, wenn auch von Bier und seinen Schülern des öfteren vor Anwendung zu hoher Gaben gewarnt wurde. Freilich zeigt die Erfahrung, daß die Analgesie keine ausreichende wird, wenn man bei den heute gebräuchlichen und ziemlich konzentrierten Lösungen das Quantum der einzuspritzenden Flüssigkeitsmenge wesentlich verringert. So kommt beispielsweise das Stovain Billon in



einer 4 %igen Lösung gebrauchsfertig in den Handel. Es enthält demnach 1 *cm*³ der Lösung 0·04 Stovain. Wollte man einmal mit einer geringeren Dosis arbeiten und würde man z. B. nur 0·5 *cm*³ der fertigen Lösung (= 0·02 Stovain) einspritzen, so wird das Ausbleiben der Anästhesie die Regel werden. Ähnlich liegen auch die Verhältnisse beim Novokain. Bei der vielfach gebräuchlichen 5 %igen Lösung hat man 2—3 *cm*³ Flüssigkeit (= 0·1—0·15 Novokain nötig, um eine ausreichende Anästhesie zu erzielen. Wollte man von dieser konzentrierten Lösung nur 1 *cm*³ Flüssigkeit (= 0·5 Novokain) einspritzen, in der Absicht, mit einer möglichst kleinen Dosis auszukommen, so würde auch hier eine ausreichende Anästhesie kaum eintreten. Von der Richtigkeit des Gesagten hat uns die Erfahrung vielfach überzeugt und wir zogen daraus den Schluß, daß bei Verwendung von verhältnismäßig hoch konzentrierten Lösungen eine Herabsetzung der einzuspritzenden Dosis des Anästhetikums nicht zu erreichen sei. Auch ein erhöhter Zusatz von Nebennierenpräparaten innerhalb der zulässigen Grenzen ändert die Verhältnisse nicht wesentlich.

Bei dieser Sachlage habe ich dann die Konzentration der Lösungen allmählich herabgesetzt und es hat sich die überraschende Tatsache ergeben, daß man bei dünneren Lösungen mit unverhältnismäßig kleinerer Dosis eine mindestens ebenso gute, wenn nicht bessere Anästhesie erzielt, wie früher mit den größeren Dosen. Hand in Hand mit dieser Herabsetzung der Dosis geht natürlich eine Verminderung der Intoxikationsgefahr. Daß diese Intoxikationsgfahr bei den bisher gebräuchlichen Dosen keine geringe ist, beweisen die leider recht zahlreichen Veröffentlichungen der letzten Monate über unliebsame Mißerfolge. Jedenfalls sind die vorgekommenen Todesfälle, welche die Autoren ziemlich einmütig der Giftwirkung des Anästhetikums zur Last legen, eine ernste Mahnung, daß wir die Gefahren der Vergiftung herabmindern müssen, wenn wir die Lumbalanästhesie nicht aufgeben wollen.

Um keine Zersplitterung der Resultate herbeizuführen, hat H. systematisch ein Mittel, nämlich das Novokain, durchgeprüft. Dabei ist H. von der 5 %igen Lösung über eine 3 %ige Lösung zur 2 %igen gekommen und schließlich bei der 1 %igen Lösung stehen geblieben. Mit der Herabsetzung der Konzentration mußte natürlich das Quantum der einzuspritzenden Flüssigkeitsmenge steigen, ein Vorgang, der H. für die ganze Lumbalanästhesie günstig zu sein scheint. Im Zusammenhang damit steht wohl die weitere Erfahrungstatsache, daß die Nachwirkungen bei der Lumbalanästhesie um so geringer werden, je weniger liquor cerebrospinalis man abfließen läßt.

Die anästhesierende Wirkung der Mittel wird offenbar durch die feinere Verteilung in der dünneren Lösung gesteigert und vor allem, was noch wesentlicher sein mag, durch die bessere und sicherere Umspülung der Nervenwurzeln mit der Flüssigkeit. H. will es scheinen, als ob die aus anatomischen Gründen unmögliche innigere und ausgebreitetere Berührung der höher gelegenen Nervenwurzeln mit der anästhesierenden Flüssigkeit schuld daran ist, daß eine stets befriedigende Anästhesie oberhalb des Nabels bisher nicht hat erreicht werden können und vielleicht sogar unerreichbar ist.

Stärkere Vergiftungserscheinungen hält H. bei Anwendung einer 1 %igen Novokainlösung auf Grund der bisherigen Erfahrungen, die sich auf über 120 Fälle stützen und die demnächst an anderer Stelle ausführlich besprochen werden sollen, für sehr unwahrscheinlich. Auch die unangenehmen Nachwirkungen — Kopfschmerzen, Erbrechen usw. — sind zweifellos wesentlich geringer als bei Anwendung von konzentrierten Lösungen.

Leider sind Versager bezüglich der Anästhesie, wie auch bisher bei den größeren Gaben, nicht ausgeschlossen. Es ist dies einer der wunden Punkte der Lumbalanästhesie überhaupt, auf den wir aber hier nicht näher eingehen wollen. Ein noch viel größerer, prinzipieller Nachteil der Lumbalanästhesie gegenüber der Inhalationsnarkose ist die Unmöglichkeit, die für das einzelne Individuum notwendige und ausreichende Dosis bei Einleitung der Anästhesie feststellen zu können. Wäre dies möglich, dann würden Vergiftungen und Versager in gleichem Maße ausgeschaltet sein. Da uns die heutige Technik der Inhalationsnarkose zur Genüge instand setzt, in jedem einzelnen Falle das Optimum für den Verbrauch des Narkosemittels gewissermaßen experimentell auszuprüfen, so liegt darin ein großer Vorzug vor der immerhin schematisch bleibenden Dosierung bei der Lumbalanästhesie. Bei ihr dosieren wir heute nach Körperregionen und müssen dabei die individuelle Empfänglichkeit für das jeweilig gebrauchte Gift ganz aus dem Auge lassen. Unsere Dosierung mittels der dünnen Lösungen zieht bei gesteigertem Anästhesierungswert wenigstens die Grenzen der schädlichen Einwirkungen viel weiter, ohne allerdings einer wirklich individuellen Dosierung gerecht zu werden.

Um auch kurz die Frage der Verwendbarkeit der Lumbalanästhesie überhaupt und besonders bei Abdominaloperationen zu streifen, so sind nach unseren Erfahrungen typische Operationen (Gastrostomose, Anus praeternaturalis, Ovariotomie, einfache Appendektomie, neben den Operationen an den unteren Extremitäten usw.) wohl für diese Art der Schmerzaufhebung geeignet. Wo kompliziertere Verhältnisse zu erwarten sind, muß man im Interesse der Patienten, und wenn man Wert darauf legt, sich deren Zufriedenheit auch nach dieser Richtung hin zu erwerben, stets zur Allgemeinnarkose raten. Dieser Rat wird uns umso leichter fallen, als die Patienten von vornherein fast alle die Inhalationsnarkose vorziehen. Aber auch vom objektiv ärztlichen Standpunkte aus müssen wir der Allgemeinnarkose den Vorzug geben, da die heutige Narkosentechnik bei einiger Sorgfalt eine wirklich gefahrlose Narkose, wenigstens mit Äther und geeigneten Unterstützungsmitteln, ermöglicht. Bezüglich des Chloroforms liegen die Verhältnisse selbst bei der heute wohl allgemein angenommenen tropfenweisen Darreichung des Mittels nicht so günstig. Hier wird auch bei großer Sorgfalt ab und an ein Opfer des Chloroforms gezeitigt werden. Vielleicht gelingt es aber in Zukunft, durch Herabsetzung der Gefährlichkeit des Chloroforms die anerkannten Vorzüge dieses Mittels in einer verbesserten Darreichungsform voll und ganz zur Geltung zu bringen. Von einer solchen Verbesserung der noch fast allgemein geübten Chloroformnarkose würde vielleicht das weitere Schiksal der Lumbalanästhesie nicht unbeträchtlich abhängen. Eine wirklich ungefährliche, vor allem schnell und sicher zu bewerkstelligende, gute Chloroformnarkose wird mit der heutigen Lumbalanästhesie nicht nur erfolgreich konkurrieren, sondern ihr stets überlegen sein. Wie ja zweifellos unser Enthusiasmus ein ganz anderer für die Allgemeinnarkose sein würde, wenn die Allgemeinnarkose der Lumbalanästhesie gefolgt und ihr nicht vorausgegangen wäre. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 52, 1906.)

*

Zur Technik der Spirochätenfärbung. Von Dr. Alfred Kraus.

Seit der Entdeckung Schaudinns hat es begreiflicherweise nicht an Bemühungen gefehlt, den Nachweis der Spirochaete pallida im Untersuchungsmaterial möglichst einfach und zuverlässig zu gestalten. Unter allen zu diesem Zwecke angegebenen Methoden hat — soweit es das Aufstrichpräparat anlangt — die ursprüngliche Giemsafärbung die besten Erfolge zu verzeichnen gehabt. Vor kurzer Zeit ist ein bedeutender Fortschritt dadurch erzielt worden, daß Hoffmann-Halle die Durchführung der Giemsafärbung an vorher durch Osmiumdämpfe fixierten Präparaten empfahlen. Wir haben uns seither in ausgedehntestem Maße von der Leistungsfähigkeit dieser Prozedur mit Bezug auf die klare Darstellung der Spirochäten überzeugen können.

Wenn nun der Methode noch ein Fehler anhaftete, so war es der von allen Untersuchern schon bei der ursprünglichen Giemsafärbung gleich unliebsam wahrgenommene Umstand, daß die Deutlichkeit der Darstellung vielfach durch un-



vermeidliche Farbstoffniederschläge zu leiden hatte. Wir haben diesem Moment unser Augenmerk zugewendet und glauben nun durch einen Vorschlag zu dessen Beseitigung beitragen zu können. Nach verschiedentlichen Modifikationen erreichten wir mit Hilfe einer 30%igen wässerigen Tanninlösung, in welcher die nach der Hoffmann-Halleschen Methode angefertigten Präparate je nach ihrer Beschaffenheit (Dicke des Aufstrichs, Dauer der vorgenommenen Färbung) kürzere oder längere Zeit differenziert wurden. Der mehr bläuliche Grundton der Aufstriche ging dabei in einen sehr zarten rötlichen über, während gleichzeitig unter Abgang bläulich-grüner Farbwolken der das eigentliche Präparat umgebende Mantel von Farbstoffniederschlägen schwand.

Das günstige Resultat, das darin bestand, daß man die deutlich rot gefärbten Spirochäten vom farblosen oder zart rosa gefärbten Grund sich klar abheben sah, war gewöhnlich nach einem eine halbe Minute langen Verbleiben in der Tanninlösung erzielt. (Münchener medizinische Wochenschr., Nr. 52, 1906).

*

Die Pseudarthrose des Processus styloides ulnae. Von Assistenzarzt Dr. A. Stoffel.

Gelegentlich der Durchsicht einiger Radiogramme, die wir wegen Handgelenksaffektionen angefertigt hatten, fiel uns folgender Befund auf. In zwei Fällen ergab es sich, daß die vor einem halben resp. 20 Jahren stattgehabte Fraktur des Processus styloides ulnae nicht konsolidiert war, daß sich vielmehr an der Bruchstelle eine Pseudarthrose etabliert hatte.

In beiden Fällen ist also die knöcherne Wiedervereinigung des abgesprengten Processus styloides ulnae mit der distalen Ulnaepiphyse unterblieben, der Prozessus steht, durch die ihn umgebenden Bandmassen in seiner Stellung fixiert, mit der Ulna in beweglicher Verbindung.

Als Pendant znr Pseudarthrose des Processus styloides sei eine Pseudarthrose zwischen den durch Fraktur getrennten Hälften des Os naviculare angeführt.

In dem kurz zu berichtenden Falle, der ein halbes Jahr nach dem Unfall (Sturz auf die rechte Hand, Behandlung mit Umschlägen) in unsere Behandlung kam, konnte man am Handrücken, dem Os naviculare entsprechend, einen bohnengroßen, harten, vorspringenden Körper tasten. der ohne Mühe nach allen Richtungen ein wenig zu verschieben ist, aber immer zu seiner ursprünglichen Lage zurückkehrt. Wir stellten die Diagnose auf Absprengung eines Stückes des Navikulare. Das Röntgenbild ergab eine Fraktur im Körper des Navikulare. Die ulnare Hälfte scheint mit dem Radius verwachsen zu sein, die radiale repräsentiert das freie bewegliche Stück. Letzteres wurde exstirpiert, ersteres vom Radius angemeißelt und entfernt. Der funktionelle Erfolg der Operation war ein mäßiger.

Ziehen wir aus diesen drei Fällen die Nutzanwendung, so sehen wir, daß wir bestrebt sein müssen, durch geeignete therapeutische Maßnahmen die Wirkung der von der Natur gesetzten, einer knöchernen Wiedervereinigung ungünstigen anatomischen Verhältnisse nach Möglichkeit auszuschalten mit anderen Worten: wir müssen durch einen exakten Verband die einzelnen Skeletteile in geeigneter Stellung so gegeneinander fixieren, daß eine knöcherne Wiedervereinigung, wenn überhaupt möglich, erfolgen muß. Groß wäre der Segen, wenn jeder Arzt, dem ein Röntgenapparat nicht zur Verfügung steht, sich zum Prinzip machen würde, auch beim leisesten Verdacht auf eine Fraktur das Handgelenk für kurze Zeit durch einen gut sitzenden Verband in richtiger Stellung zu fixieren und die zweifelhafte und ominöse Diagnose „Distorsion“ des Handgelenks von der Hand zu weisen. Dann würden nicht so viele fehlerhaft geheilte Frakturen der distalen Radius- und Ulnaepiphyse und des Karpus zur Beobachtung gelangen. (Münchener medizinische Wochenschr., Nr. 52, 1906.)

*

Ein Hilfsmittel beim Sedimentierungsverfahren. Von Dr. Sachs-Müke.

Bei jedem, besonders bei dem mit Hilfe von Wasserstoffsuperoxyd bewirktem, die gesamte Tagesmenge des Auswurfs umfassenden Sedimentierungsverfahren, sowie bei der Inoskopie, die man ja auch mit Wasserstoffsuperoxyd machen kann, verursacht das Vorhandensein allzureichlichen Sediments und die unter Umständen eintretende Notwendigkeit, davon zahlreiche Präparate anzufertigen, einen erheblichen Zeitaufwand.

Nach der bisherigen Praxis wird bei dem Sedimentierungsverfahren die Anfertigung eines Präparates als in der Regel ausreichend erachtet. Eine solche beschränkte Untersuchung des Auswurfs hat aber, wie oft festgestellt, keinen Anspruch auf Zuverlässigkeit. Gerade in den oben bezeichneten Fällen ist eine möglichst genaue Untersuchung unerläßlich und zu dem Behufe ist es erforderlich, tunlichst das ganze Sediment durchzumustern. Erleichtert wird dies durch ein meines Wissens bisher noch nicht geübtes Verfahren, das den allgemeinen Regeln der bakterioskopischen Präparatanfertigung, denen zufolge eine tunlichst geringe Menge des bakterienhaltigen Materials zum Gegenstand der Untersuchung zu machen ist, anscheinend geradezu widerspricht.

Man bringt nämlich etwa $^1/_2$ *cm*³ Sediment auf einen Objektträger und verstreicht es mit der Pipette oder zieht es an einem zweiten Objektträger ab. Nachdem das Präparat lufttrocken geworden ist, fügt man abermals $^1/_2$ *cm*³ Sediment zu, verstreicht es wieder, läßt es wieder lufttrocken werden und so fort. Dabei wird jedesmal das bereits angetrocknete Sediment in derselben neu hinzutretenden Flüssigkeitsmenge suspendiert. Beschleunigt man das Antrocknen über der Flamme des Bunsenbrenners in einem Abstande von 60 *cm*, so gebraucht man, um auf diese Weise 4 *cm*³ Sediment auf den Objektträger zu bringen, etwa eine halbe Stunde. Darauf fixiert man wie gewöhnlich in der Flamme entweder sofort oder wie bei Urinsedimenten nach Günther erst am anderen Tage.

Selbst größere Sedimentmengen lassen sich mit solchen, durch die beschriebene wiederholte Antrocknung hergestellten Präparaten vollständig und in verhältnismäßig kurzer Zeit mikroskopisch untersuchen. (Münch. med. Wochenschr.)

III. Aus der Praxis.

Die Behandlung der Gonorrhoe. Von Dr. E. Schwarz, Prag. (Wiener klin. Rundschau 1907, Nr. 34.)

Die Balsamika haben uns nicht gehalten, was sie versprachen. Darüber können wir uns nicht mehr täuschen. Selbst von den begeisterten Fürsprechern balsamischer Mittel wird das jetzt zugegeben: primum injectio, deinde balsamicum! Um so mehr Aufmerksamkeit müssen wir einem Mittel schenken, das aus der Erkenntnis der Unzulänglichkeit der Balsamika heraus geschaffen wurde und diesen allein schon dadurch überlegen ist, daß es den alles Balsamicis gemeinsamen Nachteil mehr oder weniger ausgeprägter schädlicher Nebenwirkungen nicht hat. Es ist dies das Arhovin. Bei der hohen Bedeutung, die der inneren Gonorrhoetherapie zukommt, ist es mit Freude zu begrüßen, daß in immer erneuten Nachprüfungen der von zahlreichen Autoren anerkannte Wert dieses Mittels kritisch begründet wird.

Die vorliegende Arbeit, deren ojektive, jeder Übertreibung abholde Darstellung wohl als mustergültig bezeichnet werden darf, kommt zu folgenden Ergebnissen. Bei Urethritis gon. acuta anterior und posterior, bei der Urethritis non gonorrhoica, sowie bei chronischer Urethritis (ohne Infiltrationen) wurde mit Arhovin in allen Fällen der gewünschte Erfolg erreicht. Schwarz verordnete täglich 6—9 Kapseln innerlich, die er öfters am Tage einzeln nehmen läßt. Bei akuten Fällen kombinierte Verfasser die interne Arhovintherapie, welche schmerzlindernd und sekretionsbeschränkend wirkt, mit In-



jektionen von Silberpräparaten bezw. Adstringentien. Bei chronischen Fällen wandte er gleichzeitig Arhovinkapseln innerlich und dreimal täglich Arhovinstäbchen lokal an und fügte, nach hiedurch bewirkter „Beseitigung der subjektiven Reizsymptome und Klärung des Urins", zur völligen Unterdrückung der Sekretion die jeweilig indizierte lokale Behandlung hinzu. Schwarz kommt zu dem Urteil, „daß das Arhovin einen Fortschritt gegen die bisherigen Mittel bietet. Es wirkt anästhesierend, setzt die Sekretion herab, hemmt das Wachstum der Gonokokken in hohem Grade, steigert die Azidität des Harns oder stellt sie her und klärt trüben Urin. Durch alle diese Wirkungen ist es geeignet, den Tripper in den ersten Stadien günstig zu beeinflussen, die Fortsetzung der Erkrankung auf die rückwärtigen Harnröhrenpartien zu verhindern und dadurch ein Chronischwerden des Prozesses auszuschließen." Fabrik: Chemisches Institut Dr. Horowitz, Berlin M 24.)

Über die Behandlung des Magengeschwürs schreibt Professor Dr. Ad. Schmidt in der Deutschen medizinischen Wochenschrift, Nr. 47:

In der Behandlung des Magengeschwürs haben neuerdings chirurgische Eingriffe einen immer steigenden Umfang gewonnen, während früher nur in Ausnahmefällen zum Messer gegriffen wurde. Wir werden deshalb in folgendem die Indikationen zum operativen Eingriff überall, wo sie hervortreten, so scharf wie möglich zu umgrenzen versuchen. Immerhin bleibt auch heute noch die Therapie des Magengeschwürs zunächst eine Aufgabe des inneren Arztes. Erst wenn dessen Kunst versagt, und das geschieht glücklicherweise nur in einer Minderheit von Fällen, kommt die Operation in Frage.

Der inneren Therapie des Ulcus ventriculi ist in höherem Grade als das bei anderen Krankheiten der Fall zu sein pflegt, ein bestimmter Weg vorgeschrieben, der sich ganz allgemein als „diätetische Ruhekur" bezeichnen läßt. Von ihm haben wir nur bei schweren Blutungen, bei drohender oder bereits eingetretener Perforation und bei den verschiedenen Folgezuständen abzugehen.

Die „diätetische Ruhekur" in der Form, zu der sie besonders von v. Leube ausgebildet worden ist, setzt sich zusammen aus Bettruhe, heißen Umschlägen auf den Magen, strenger Diät und dem Gebrauche kleiner Mengen Karlsbader Mineralwassers.

Die absolute Bettruhe halte ich unter diesen für das Wichtigste und dehne sie in der Regel viel länger aus, als v. Leube verlangt (10 Tage). Ihr Einfluß bewährt sich hier, wie bei einer ganzen Anzahl anderer Magen- und Darmkrankheiten als ein außerordentlich heilungsfördernder, er bewirkt in vielen Fällen allein ein sofortiges Nachlassen der Schmerzen. Agéron hat wohl recht, wenn er die Entlastung der großen Kurvatur, speziell des Antrum pyloricum, von dem Druck der Speisen für die nächste Ursache hält, denn ein gewisser Grad von Atonie, von verminderter Spannung der Wand kann, wie bereits einleitend bemerkt wurde, als Begleiterscheinung vieler Magengeschwüre angenommen werden. Hiezu kommt vielleicht der Wegfall ziehender resp. drückender Einflüsse von anderen Organen der Bauchhöhle, der Leber, Milz, der Nieren und des Darmes, die bekanntlich bei einer nicht geringen Anzahl von Menschen eine erhebliche Beweglichkeit besitzen. Wie dem aber auch sei, die Tatsache der günstigen Einwirkung der Rückenlage, allgemeiner gesagt der Bettruhe, auf das Magengeschwür steht fest, und darum gehört jeder Magengeschwürkranke unweigerlich für mindestens 14 Tage bis 3 Wochen ins Bett. Besteht Neigung zu Blutbrechen, so muß sogar verlangt werden, daß der Kranke alle unnötigen Bewegungen im Bett vermeidet. Nur ganz allmählich, entsprechend dem Rückgang der Krankheitssymptome, wird ihm das Aufstehen gestattet. Ein Nachteil der Bettruhe kann höchstens darin gefunden werden, daß sie bei manchen Patienten zur Verstopfung führt. Dieser Nachteil fällt aber praktisch nicht ins Gewicht und wird außerdem durch die programmäßige Einnahme von Karlsbader Wasser bekämpft.

Für die heißen Umschläge bevorzugt v. Leube den Leinsamenbrei.

Aus dem Leinsamen wird mit Borwasser ein steifer Brei gekocht, in zwei Portionen geteilt und in Form flacher Kuchen in Servietten gepackt. Eine der Kompressen liegt beständig in dem bekannten Wärmekasten aus Blech, in dem sie durch die aufsteigenden Wasserdämpfe in gleichmäßiger Wärme erhalten wird, während die andere die vorher aseptisch gereinigte und mit einem dicken Wachspflaster geschützte Magengegend bedeckt. Sobald sie kühl zu werden beginnt, wird gewechselt, und zwar während der ersten 10 Tage ununterbrochen den ganzen Tag hindurch. Nachts wird ein Prießnitzscher Umschlag über die Magengegend angelegt. Statt der heißen Breiumschläge kann man natürlich auch den Termophor oder heiße Wasserkompressen verwenden. In den späteren Zeiten der Kur soll der Kranke noch mehrere Wochen hindurch die nächtlichen Prießnitzschen Umschläge fortgebrauchen, während tagsüber eine Flanellbinde getragen wird.

Von diesen Vorschriften geht v. Leube nur bei Blutungen ab, und zwar macht er bei frischen Blutungen überhaupt keine Umschläge, auch keinen Prießnitz, sondern legt einen Eisbeutel auf die Magengegend. Sind dem Beginn der Behandlung in den letzten drei Monaten Blutungen vorausgegangen, so werden nur Prießnitzsche Umschläge, aber keine heißen Kompressen angeordnet.

(Fortsetzung folgt.)

IV. Notizen.

Der Einfluß des Alkohols auf den Blutdruck unterliegt immer noch sehr lebhaften Kontroversen. M. Kochmann hat im Genfer Universitätsinstitute für Pharmakodynamie und Therapie Versuche darüber angestellt. Mit dem Gärtnerschen und dem Riva-Rocceischen Apparate maß er an Versuchspersonen, die nicht an den Alkohol gewöhnt waren, alle 5 Minuten den Blutdruck und zählte die Pulszahl. Es ergab sich, daß kleine Dosen Alkohol (wie kleine ? Ref.) ein Blutdrucksteigerung um 5, meistens um 15 *mm* Hg hervorriefen, daß aber auch Blutdrucksteigerungen von 25, selbst 30 und 35 *mm* Hg vorkamen. Die Blutdrucksteigerung zeigt sich 20, manchmal 30 Minuten nach der Alkoholaufnahme. Mittlere Dosen bewirkten zuerst eine kleine Blutdrucksteigerung und dann eine kleine Erniedrigung von 5—10 *mm* unter die Norm. Große Mengen, besonders in hohen Konzentrationen, riefen Erniedrigungen des Blutdruckes um 10 *mm* hervor. Die Pulszahl ist dabei unverändert, dagegen nimmt die Pulshöhe zu und der Katadikrotismus tritt stärker hervor, wie sphygmographische Kurven lehren. Daß dabei die Herztätigkeit selbst gesteigert ist, geht aus der Intensität der Herztöne hervor, welche mit dem Bock-Oertelschen Stethoskop gemessen wurden. Da sich die Hautgefäße erweitern und der Alkohol auf das isolierte Herz nach früheren Versuchen desselben Verfassers keinen „erregenden" Einfluß ausübt, so ist auch beim Menschen eine Gefäßverengung im Splanchnikusgebiet anzunehmen, welche die Erweiterung der Hautgefäße überkompensiert, Verhältnisse, wie sie Kochmann im Tierexperiment früher dargetan hat. (Referiert nach Frey, Jena, Zentralblatt für Physioloeie, Nr. 20, S. 679.)

Die Zunahme der Benzinvergiftungen. Wir lesen in der Zeitschrift „Die Gesundheit in Wort und Bild": Benzinvergiftungen waren früher sehr selten, zu Selbstmordzwecken wurde das Benzin nur ausnahmsweise benützt; vor Verwechslungen schützte der intensive, unangenehme Geruch. Bei der immer steigenden Verwendung, die das Benzin als Kraftquelle zum Antrieb aller Art von Motoren erfährt, namentlich bei der Ausdehnung der Automobilindustrie, ist die Vergiftung neuerdings immer häufiger geworden. Sie kann sich auch ereignen in Kautschukfabriken, beim Handschuhwaschen usw., indem die Dämpfe von Personen, die berufsmäßig damit zu tun haben, eingeatmet werden. Dann wird ein Rausch- und Betäubungszustand mit angenehmen Träumen erzeugt. Die Dämpfe sind bereits giftig, das beobachtet man an Arbeitern, die ihnen stundenlang ausgesetzt sind. Ein Arbeiter, der in einen großen leeren Benzinbehälter stieg, wurde gelähmt. Ein anderer, in einer Automobilfabrik beschäftigter, hatte längere Zeit am leerlaufenden Automobil zu tun. Plötzlich wurde er ohnmächtig, er wies einen kleinen Puls auf, wurde blau im Gesicht, er erholte sich jedoch nach einigen Tagen wieder. Ähnlich erging es einem anderen Arbeiter, der in einem Automobilmagazin, das mit Benzindämpfen angefüllt war, tätig war. Mitschuldig an der Vergiftung waren die niedrig siedenden Kohlen-



wasserstoffe, mit welchen das zu Antomobilzwecken verwendete Benzin verunreinigt war. Wie groß das Quantum ist, das innerlich genommen werden muß, um eine tödliche Benzinvergiftung zu erzeugen, läßt sich nicht genau sagen. Es sind schon 50 *g* ohne Schaden getrunken worden. Bei Kindern ist jedoch schon eine geringere Menge lebensgefährlich. Dr. Klare in Königsberg berichtet über einen Fall, bei welchem ein 17 Monate altes Kind einen Schluck Benzin trank. Es fiel sofort bewußtlos zu Bodeh, wurde blau im Gesicht und starb nach 6 Minuten.

Gefahren der Prügelstrafe. Die Berliner Lehrerschaft hat an ihre Schuldeputation einen Erlaß über die Prügelstrafe in der Schule gerichtet, worin sie folgendes erklärt: „Eine an sich sehr mäßige Züchtigung, die einem kräftigen Knaben keinen Schaden zufügt, wird bei einem geschwächten oder nervösen Kinde schwere körperliche oder seelische Störungen verursachen. Nach dem Urteile namhafter Pädagogen unterbleiben in Mädchenschulen körperliche Strafen am besten vollständig. Wenn körperliche Züchtigungen bei Knaben durchaus nicht zu vermeiden sind, so empfehlen sich wenige Schläge auf das Gesäß. Aber selbst diese auf den geeignetsten Körperteil verabfolgte Körperstrafe kann für den Schüler, auch für den Lehrer unliebsame Folgen haben, wenn der Lehrer nicht die größte Ruhe und Besonnenheit beim Strafen bewahrt. Bei Schlägen auf die Handfläche kann eine recht erhebliche Hemmung im Gebrauche der Hand die Folge sein. Und auf die Hände als die Organe ihrer Arbeit sind unsere Schulkinder in ihrem weiteren Leben angewiesen." Der Erlaß warnt sodann vor Schlägen gegen den Kopf oder vor dem Stoßen des Kopfes gegen irgend einen festen Gegenstand. Die Lehrer werden darauf aufmerksam gemacht, daß sich die üblen Folgen dieser Züchtigungsart sehr oft erst nach einiger Zeit bemerkbar machen und manchmal schon den Tod des gezüchtigten Kindes zur Folge gehabt haben. Das Merkblatt weist weiter auf die seelischen Störungen hin, die streng getadelte und gewohnheitsmäßig körperlich gestrafte Kinder zeigen. Es kommen hier alle Grade und Formen der Nervenschwäche vor, Neurasthenie, psychische Depression, Melancholie, Schlaflosigkeit, übertriebene Empfindsamkeit, ja zuweilen Selbstmord. Der Erlaß empfiehlt zuletzt liebevolle Beachtung der geistigen und körperlichen Individualität bei einzelnen Kindern, zielbewußten und anregenden Unterricht, Selbstbeobachtung und Selbstzucht der Lehrer als die besten Mittel, die den Lehrer vor der peinigenden Notwendigkeit, körperlich zu strafen, sehr oft bewahren.



Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion. u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumeriert für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 38. Wien, 21. September 1907. Nr. 38.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Improvisierte Asepsis.

Von **Dr. Otto Grosse**, Spezialarzt für Chirurgie der Harnwege, München.

(Fortsetzung.)

Erst in dem Ihnen hier demonstrierten Verfahren scheint mir ein gangbarer Weg zu einwandfreier Asepsis unseres gesamten chirurgischen Materials gegeben, gangbar nicht nur wegen der außerordentlichen Einfachheit dieses Sterilisationsmodus, sondern mehr noch vermöge seiner Anpassungsfähigkeit an die verschiedenartigsten Verhältnisse. Nur ein paar Beispiele mögen dies kurz erläutern: Hat man eine kleine Operation, etwa eine Amputation oder Exartikulation eines oder mehrerer Finger, die Exstirpation einer nicht zu großen Geschwulst an der Körperoberfläche oder dergl. vorzunehmen, so wird ein Kochtopf mittlerer Größe (von zirka 13 *cm* Höhe und 15 *cm* Durchmesser) ausreichen, um alles Erforderliche zur Sterilisation zu beherbergen. In denselben wird ein kleinerer Kochtopf — oder auch, falls ein solcher nicht vorhanden, irgend ein anderes Gefäß, eine Porzellanschale oder irdene Schüssel oder ein Glas — hineingestellt, und in diesen wiederum stellt man die metallenen Instrumente, während auf seinem Boden Nadeln und Seide, etwa ein Fläschchen mit anästhesierender Lösung und eine Pravazspritze und darüber Tupfer etwas Gaze, Watte und Binden Platz erhalten.

Für einen Verbandwechsel und Entfernung von Nähten nach solchen Operationen genügt ein kleiner Kochtopf, in den eine Obertasse mit Pinzette, Schere, Tupfern, Watte und Binden gestellt wird. Derselbe „Apparat" liefert das für einen improvisierten Katheterismus Notwendige: sterile Katheter, einige Tupfer und ein steriles Gleitmittel, Paraffinum liquidum oder irgend ein Öl oder Fett; letzteres wird in einem Fläschchen oder ebenso wie die Katheter direkt in dem kleineren Gefäß (Obertasse) keimfrei gemacht.

Eines größeren Topfes bedarf es zur Kochsalzinfusion; in die durch Kochen zu sterilisierende physiologische Kochsalzlösung selbst wird ein Gefäß hineingestellt, in welchem Hohlnadel, Schlauch und irgend ein Trichter (Irrigatoreinsatz) im Dampf sterilisiert werden. Zur Vorbereitung des Materials für eine große Operation, z. B. für Laparotomie, Nephrektomie usw., wählt man den umfangreichsten im Haushalte vorhandenen Kochtopf; der in denselben hineinpassende nächstgroße Topf wird dann vielleicht für die Instrumente, für Verbandstoffe und Nahtmaterial, eventuell für die Spritze zur Spinalanästhesie (die Kanülen sterilisiere ich mit den Messern in festverschlossenem Glasrohr, wobei sie vollkommen tadellos bleiben, so daß die von anderer Seite empfohlene Verwendung von Kanülen aus Gold oder Platiniridium überflüssig wird), außerdem noch für einige kleinere Tücher, Taschentücher oder Handtücher usw. — alles in etwa gleicher Anordnung wie oben geschildert — Raum bieten. Sollte das nicht der Fall sein, so kann man sich damit helfen, daß man aus vier Gefäßen zwei Dampfsterilisatoren zusammensetzt, in deren einem man die Instrumente, in deren anderem man die Verbandstoffe, Handtücher usw. sterilisiert. — Wie bei allem Improvisieren, so öffnet sich auch hier der Intervention ein weites Feld, und — „in der Beschränkung erst zeigt sich der Meister!"

Über die verschiedenen Objekte der Sterilisation sei im einzelnen noch folgendes bemerkt:

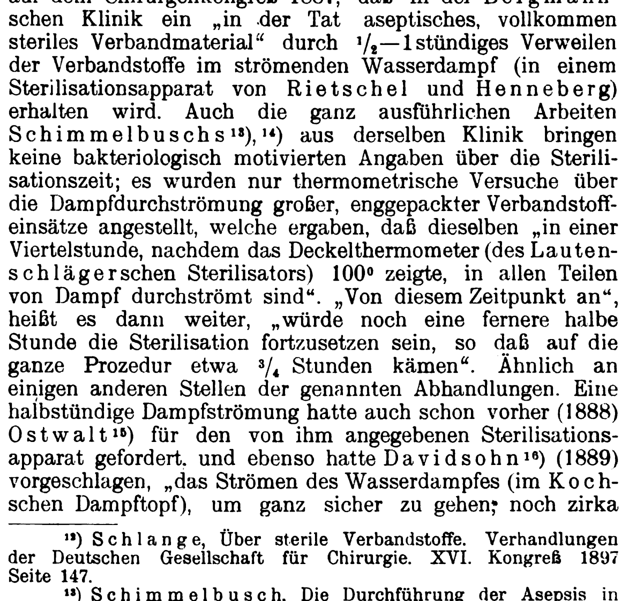
Die Metallinstrumente werden, wie ich (l. c.) bakteriologisch nachgewiesen habe, durch 10 Minuten lange Einwirkung des Wasserdampfes unter allen Umständen sicher steril; sie bleiben nach beendigter Sterilisation entweder in dem kleineren Topfe liegen resp. stehen, oder man kann sie auch der größeren Übersichtlichkeit wegen auf den umgekehrt auf den größeren Topf aufgelegten Deckel ausschütten. Bei großen Operationen wird man sie zweckmäßig auf einem mitsterilisierten Handtuche ausbreiten. Die Einlegung in antiseptische Lösungen ist nicht nur sinnwidrig, sondern auch unpraktisch, da sich trockene Instrumente besser handhaben als nasse. Wie ich bereits einmal Gelegenheit hatte Ihnen zu demonstrieren, vertragen die gutvernickelten Instrumente, die wir jetzt ausschließlich benutzen, die Einwirkung des Dampfes ausgezeichnet; ich möchte Sie bitten, sich durch den Augenschein davon zu überzeugen, wenn das Kondenswasser, welches jetzt bei beendeter Sterilisation die Instrumente in dichten Perlen bedeckt, durch deren eigene Hitze in wenigen Augenblicken eintrocknet; es hinterläßt unbedeutende Flecke, die sich schon beim Gebrauch völlig verlieren; von einem Belag, wie er beim Kochverfahren auftritt, ist nichts zu bemerken. Nur die freien Stahlteile, die Klingen der Messer, darf man nicht ohne weiteres dem Wasserdampfe aussetzen, da sie sonst stumpf und fleckig werden; die Messer sind daher



nur, wie seinerzeit angegeben, in fest verschlossenen Glasröhren („Messersterilisationsröhren“) sterilisierbar und somit die einzigen Instrumente, für die eine improvisierte Sterilisation im strengsten Sinne des Wortes nicht möglich ist. Jedoch dürfte es ein leichtes sein, nebst den erforderlichen Messern ein größeres Reagenzrohr mit gut schließendem Kork bei sich zu führen. Ein solches genügt für den Notfall: ein oder zwei Messer werden vorsichtig mit nach unten gekehrter Spitze hineingeschoben und das verkorkte Rohr möglichst in schräger Stellung, so daß es sich, um ein Abspringen des Korkes zu verhüten, etwas an die Wandung des improvisierten Sterilisators anstemmt, in letzterem untergebracht. Zur Aufbewahrung oder Transport der Messer in solchem Rohr würde ich allerdings nicht raten, da die Schneiden durch Berührung mit dem Glas ihre Schärfe einbüßen; es würde hiefür besser ein eigentliches „Messersterilisationsrohr“ mit Lagerung der Messer auf Bänkchen und mit Sicherung des Korkes zu verwenden sein. Daß die in geschlossenem Rohr sterilisierten Messer von Flecken oder Belag keine Spur zeigen, vollkommen glänzend, trocken und tadellos scharf sind, mögen Ihnen die soeben nach 10 Minuten langem Verweilen dem Dampftopf entnommenen Messer nochmals beweisen.

Dieselbe Sterilisationszeit wie Metallinstrumente erfordern elastische Katheter, Gleitmittel für dieselben, medikamentöse sowie Kochsalzlösungen, Gummihandschuhe, Zwirnhandschuhe, Spritzen, Laminariastifte usw. — sämtlich Objekte, für welche die Wasserdampfsterilisation eine ideale Sterilisationsmethode darstellt.

Eigentümlich verhält es sich mit der Zeitabmessung für die Sterilisation der Verbandstoffe. Exakte Untersuchungen über diese doch gewiß wichtige Frage finden sich in der Literatur überhaupt nicht. Erst sechs Jahre nachdem die grundlegende Arbeit von Koch, Gaffky und Löffler[11])


den strömenden ungespannten Wasserdampf, als allen anderen Sterilisationsmitteln überlegen, für hygienische Desinfektionszwecke empfohlen hatte, berichtet Schlange[12]) auf dem Chirurgenkongreß 1887, daß in der Bergmannschen Klinik ein „in der Tat aseptisches, vollkommen steriles Verbandmaterial“ durch $^1/_2$—1stündiges Verweilen der Verbandstoffe im strömenden Wasserdampf (in einem Sterilisationsapparat von Rietschel und Henneberg) erhalten wird. Auch die ganz ausführlichen Arbeiten Schimmelbuschs[13]),[14]) aus derselben Klinik bringen keine bakteriologisch motivierten Angaben über die Sterilisationszeit; es wurden nur thermometrische Versuche über die Dampfdurchströmung großer, enggepackter Verbandstoffeinsätze angestellt, welche ergaben, daß dieselben „in einer Viertelstunde, nachdem das Deckelthermometer (des Lautenschlägerschen Sterilisators) 100° zeigte, in allen Teilen von Dampf durchströmt sind“. „Von diesem Zeitpunkt an“, heißt es dann weiter, „würde noch eine fernere halbe Stunde die Sterilisation fortzusetzen sein, so daß auf die ganze Prozedur etwa $^3/_4$ Stunden kämen“. Ähnlich an einigen anderen Stellen der genannten Abhandlungen. Eine halbstündige Dampfströmung hatte auch schon vorher (1888) Ostwalt[15]) für den von ihm angegebenen Sterilisationsapparat gefordert. und ebenso hatte Davidsohn[16]) (1889) vorgeschlagen, „das Strömen des Wasserdampfes (im Kochschen Dampftopf), um ganz sicher zu gehen, noch zirka

[11]) Koch, Gaffky und Löffler, Versuche über die Verwertbarkeit heißer Wasserdämpfe zu Desinfektionszwecken. Mitteilungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, 1881, Band 1.

[12]) Schlange, Über sterile Verbandstoffe. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XVI. Kongreß 1897 Seite 147.

[13]) Schimmelbusch, Die Durchführung der Asepsis in der v. Bergmannschen Klinik. Archiv für klin. Chirurgie, 1891, Bd. 42, Heft 1.

[14]) Schimmelbusch, Anleitung zur aseptischen Wundbehandlung. Berlin 1892, Verlag von Aug. Hirschwald.

[15]) Ostwalt, Ein Wasserdampfsterilisationsapparat zum Gebrauch in der Praxis. Berliner klin. Wochenschrift 1888, Nr. 53.

[16]) Davidsohn, Die Benutzung des Kochschen Dampfapparates für die Sterilisierung von Verbandstoffen. Berliner klin. Wochenschrift 1889, Nr. 44.

Feuilleton.

Die ärztlichen Sprechstunden.

Von **Obermedizinalrat Dr. Gottlieb Merkel.***)

Was früher eine Nebensache der ärztlichen Berufsarbeit war, „die Sprechstunde“, ist allmählich unter anderen Verhältnissen in den Vordergrund derselben getreten und das aus sehr verschiedenen Ursachen. Der triftigste, für die Kranken wichtigste Grund dafür ist wohl in der Zunahme der Spezialität der ärztlichen Kunst alias Polytechnik zu suchen. In vielen Fällen gehören zu den spezialärztlichen Untersuchungen Apparate und Instrumente, die nur schwer oder gar nicht herumgeschleppt werden können, die aber für die Zwecke der Diagnostik oder der Therapie absolut notwendig sind. Da der Berg nun einmal nicht zum Mohammed kommen kann, so muß Mohammed zum Berg kommen, d. h. der Kranke besucht den Arzt in der Sprechstunde. Gegen solche Bedeutung der Sprechstunde ist selbstverständlich nicht das Geringste einzuwenden. Ebensowenig wird gegen die Sprechstunden der Akademiker zu erinnern sein, welche von auswärtigen Kranken aufgesucht werden, wenn nur diese Sprechstunden nicht die Lehrzeit kürzen oder den Lehrzweck beeinträchtigen.

Es ist aber nicht lange her, daß die Ärzte sich daran erinnerten, daß sie von ihrem Beruf leben müssen und daß infolge dieses aufdämmernden Bewußtseins die Gebühren für ärztliche Dienstleistungen gestiegen sind. Das Hausarztverhältnis der früheren Zeit, das die Ärzte nach Belieben entlohnte oder auch nicht entlohnte, verschwand allmählich und mit der Bezahlung von Fall zu Fall, mit der Steigerung der Preise für ärztliche Dienstleistungen ward es dem Publikum klar, daß die Kosten geringer werden, wenn man die Sprechstunde des Arztes besucht, ehe man ihn an das Krankenbett beruft. Ein ähnliches, wenn auch nicht gleiches Motiv bevölkert die Sprechstunde des Landarztes, bei welchem an Sonn- und Feiertagen, wie an Markttagen die Landbevölkerung, soweit sie noch ambulant ist oder zu sein glaubt, zu Konsultationen herbeikommt.

Das sind nun meines Erachtes alles noch erträgliche Zustände, denn sie entspringen praktischen Bedürfnissen und selbstverständlichen, durchaus anständigen Erwägungen. Unzweckmäßig und lästig ist die Inanspruchnahme der ärztlichen Sprechstunden erst geworden durch die Kassenpraxis, die aus Ersparnisrücksichten die Kranken massenweise in die Sprechstunden der Ärzte führt, „weil die Behandlung billiger wird“, so meinen die Kassen, und weil es einfacher ist, auf diese Art krank zu bleiben und dabei entweder fortzuarbeiten oder im schlimmen Falle frei zu bleiben und dabei Krankengeld zu beziehen, so meinen die Kranken. So kommt es zu Sprechstunden, die zweimal des Tages abgehalten werden müssen und 30—60 Kranke während zweier Stunden an dem Arzt vorbeiführen. Es wird so (sit venita verbo) im Nebenamt vom einzelnen Arzt eine Arbeit bewältigt, welche im Krankenhause von einem Oberarzt mit zwei Assistenten kaum in derselben Zeit absolviert werden kann. Die unausbleibliche Folge davon ist, daß zum Schaden der Kranken viel wichtiges übersehen werden muß, zum Schaden der Kassen Zeit verloren und Geld vergeudet wird. Davor schützt die Kranken nicht die freie Arztwahl, die Kassen nicht der angestellte Kassenarzt, die alle beide aber nur den einzelnen Arzt ausbeuten.

Sehen wir zu, was von dem Arzt in der Sprechstunde dem Kranken gegenüber geleistet werden muß. Stellt sich uns ein Kranker zum erstenmale vor, so ist doch wohl zunächst die Anamnese zu erheben, die Angabe von Alter,

*) n. d. Münchener med. Wochenschrift Nr. 48, 1906.



30 Minuten zu unterhalten, nachdem das im freien Sterilisationsraum befindliche Thermometer die Temperatur von 100° angezeigt hat". — Straub[17]), der darauf hinweist, daß im Augenblick der Erreichung des Siedepunktes „die Mikroorganismen der klinischen Eiterung" bereits abgetötet sind, und die Sterilisation von da an „vorsichtshalber" nur noch 5 Minuten fortgesetzt haben will, scheint mit seiner Ansicht allein zu stehen, denn in allen späteren Publikationen, die hierauf überhaupt noch — nicht nur en passant — zurückkommen[18]), [19]), [20]) wird als ganz selbstverständlich vorausgesetzt, daß die Wasserdampfsterilisation von Verbandstoffen etwa eine halbe Stunde erfordert. — Daß diese Zeit unter allen Umständen ausreichend ist, unterliegt nun allerdings keinem Zweifel, ob sie aber unter allen Umständen erforderlich ist, das ist eine andere Frage, die man schon bei einfachster Reflexion mit Nein beantworten muß. Wenn Milzbrandsporen im freien Dampfraum eines Sterilisators vom Wasserdampf in 8 Minuten abgetötet werden, so ist a priori anzunehmen, daß die Abtötung derselben, wenn sie sich inmitten einer nicht allzugroßen und nicht allzufest gepackten Verbandstoffmenge befinden, in Anbetracht der starken Penetrationskraft des Dampfes keine erheblich längere Zeit erfordern wird. Eigens angestellte Versuche haben mir dies bestätigt: sechs sterile Gazestückchen von etwa Erbsengröße wurden auf einige Zeit in eine Aufschwemmung einer frischen Kultur sporenbildender Milzbrandbazillen gelegt und dann frei davon in eine große Watterolle (150 *g*) und zwei in je eine gewöhnliche weiche Binde fest hineingewickelt, während ein Gazestückchen direkt in sterile Bouillon verbracht wurde. Die Watterolle und die Binden wurden in einem aus zwei Kochtöpfen improvisierten Sterilisator dem Wasserdampf 10 Minuten exponiert, und zwar wurde als Beginn der Sterilisationszeit der Moment des ersten Dampfaustrittes unter dem Deckel hervor angenommen. Ich weiß, daß die Siedehitze im Dampfraum erst etwas später erreicht wird, jedoch ist für unsere Zwecke, wo es sich nicht um sehr große Mengen von Verbandstoffen handelt, sowie überhaupt für kleinere, chirurgische Sterilisationsapparate eine solche approximative Bestimmung vollkommen ausreichend, und es erscheint mir gedankenlos, für derartige Apparate genaue Thermometer oder gar noch Manometer zur präzisen Bestimmung des Sterilisationsbeginnes zu verlangen, da die erforderliche Sterilisationszeit sowieso nur annähernd angegeben werden kann. Nach 10 Minuten langem Verweilen im Dampfe wurden also die Verbandstoffe dem Kochtopf entnommen und die fünf Gazestücke in je ein Röhrchen mit steriler Bouillon verbracht. Diese fünf Bouillonröhrchen blieben im Brutschrank dauernd steril, während sich in dem angelegten Kontrollröhrchen bereits nach 24 Stunden üppiges Wachstum zeigte. Hätte man das Infektionsmaterial an den Gazestücken antrocknen lassen, so würde das Absterben der Sporen vielleicht erst ein paar Minuten später eingetreten sein, doch erachte ich es für irrelevant, auch dies zu erproben, da wir es ja mit sporenbildenden Bakterien bei unseren Desinfektionsaufgaben nie zu tun haben. Es dürfte angesichts des schematischen Vorgehens, wie es bei der Verbandstoffsterilisation zur Regel geworden ist, nicht unangebracht sein, daran zu erinnern, wie sich seinerzeit Schimmelbusch (l. c.) über die Ziele unserer Sterilisationsprozeduren aussprach: „Wir halten es für unsere Pflicht, gegen Bakterien zu kämpfen, welche unsere Wunden infizieren und die Wunden schädigen, nicht aber glauben wir, alle Keime abtöten zu müssen. Wenn man es erreicht, daß der Staphylococcus pyogenes oder der Streptococcus erysipelatos oder pyogenes von unseren Objekten und Wunden abgehalten wird, so ist unsere Aufgabe schon fast erfüllt. Das hindert nicht, daß wir nach einer Operation bei einem

[17]) Straub, Ein Sterilisator zu chirurgischen Zwecken. Zentralblatt für Chirurgie 1889, Nr. 33.
[18]) Braatz, l. c., 1893.
[19]) Ihle, l. c., 1895.
[20]) v. Mikulicz, Die neuesten Bestrebungen, die aseptische Wundbehandlung zu vervollkommnen. Archiv für klinische Chirurgie 1898, Band 57, 2.

Stand, Wohnort und Familienstand zu buchen; frühere Erkrankungen, allenfalsige hereditäre Verhältnisse sind zu erheben; es ist nach den ätiologischen Umständen, nach allenfallsigen bekannten Ursachen der Erkrankung zu forschen. Körperbau und Ernährungszustand ist zu beachten, der Kranke hat sich zu entkleiden, es ist der Befund der Brustorgane, der Unterleibsorgane, des Nervensystems, der Geschlechtssphäre zu erheben. Kein Arzt wird bestreiten wollen, daß diese grundlegenden Untersuchungen viel wichtiger sind als langatmige Berichte des Kranken über seine Gefühle und die vermeintlichen Veranlassungen seiner Krankheit. Letztere dürfen nicht vernachlässigt werden, verwirren aber mehr als sie nützen, wenn sie nicht im Lichte des objektiven Befundes betrachtet werden. Inspektion, Palpation, Perkussion, Auskultation der Lungen, des Herzens, der Unterleibsorgane ist unerläßlich, eine flüchtige Untersuchung der Sinnesorgane ist absolut notwendig. Wie oft, wie viel hört man vom „ärztlichen Blick" hier reden, wenn mangelnde objektive Untersuchung erklärt und entschuldigt werden will. Der ehrliche und gewissenhafte Arzt darf nur auf dem Standpunkt Liebigs stehen: „Was ich nicht sehe, das glaube ich nicht und von dem was ich sehe, glaube ich nur die Hälfte."

Es muß von jedem praktischen Arzte verlangt werden, daß er die Prüfung des Augenhintergrundes mit dem Augenspiegel, des Ohres mit dem Ohrenspiegel, des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop, der Nervenreaktion mit dem elektrischen Strom, der vasomotorischen Störungen, der Sensibilitätsqualitäten, der Reflexe vornehmen kann und dazu, wenn er Sprechstundenpraxis treiben will, in seinem Sprechzimmer eingerichtet ist. Denn erst auf dem festen Boden der so gewonnenen Untersuchungsresultate folgt die geistige Verarbeitung der Krankheitserscheinungen zur Diagnose, die Feststellung des Krankheitsbildes als einer bestimmten Krankheitsform, auf Grund deren allein eine vernünftige und wirksame Behandlung Platz greifen kann. Zu dieser am Kranken selbst vorzunehmenden Untersuchung gehört aber noch eine Reihe von Untersuchungen an Se- und Exkreten, welche besondere Erwähnung verdienen, weil in bezug auf sie besonders viel gesündigt wird.

Es ist wohl unnötig, Ärzten gegenüber, welche mehr als andere Fachleute gewöhnt sind, Fachzeitungen zu lesen, davon zu sprechen, welche Macht die Reklame über die Menschen gewonnen hat und auf welch guten Boden die Empfehlungen fallen, die eine Verteilung der Arbeitslast auf verschiedene Schultern versprechen oder in sichere Aussicht stellen. So sind die Untersuchungen der kleinen Chemie, welche am Krankenbett zu arbeiten hat, immer mehr in die Hände der sogenannten Untersuchungsanstalten geraten. Chemische und mikroskopische Urinuntersuchungen werden von denselben angeboten und ausgeführt. Das Publikum selbst gewöhnt sich immer mehr daran, ohne den Arzt zu fragen, Se- und Exkrete der Untersuchungsanstalt, d. h. in den meisten Fällen dem Apotheker, der ihm die Arzneien liefert, zu übersenden und sich über die Befunde Gutachten nach vorgedruckten Formularen einzuholen, denen der Mantel einer scheinbaren Wissenschaftlichkeit umgehängt ist, die dem Publikum ganz unverständlich mit Prozentberechnungen bis in die dritte Dezimale um sich wirft, von geschwänzten Epithelien aus allen einzelnen Abschnitten des uropoetischen Systems, von allen Arten Zylindern, Spermatozoen und Blutzellen wimmelt. Mit Hilfe des Konversationslexikons werden dann diese Befunde gedeutet und richten das schlimmste Unheil an. Der wissenschaftlich gebildete Arzt vermag sich oft genug darin gar nicht zurecht zu finden, ganz abgesehen davon, daß Verwechslungen der Untersuchungsobjekte mit unterlaufen, die auszugleichen nicht immer leicht ist.

(Schluß folgt.)



purulenten Ödem unsere Instrumente sorgfältiger reinigen und desinfizieren als gewöhnlich. Darin liegt eben die Kunst, daß man unterscheidet und nicht schablonenmäßig alles in einen Rahmen hineinzwängt.“ Auf Grund dieser theoretischen Erwägungen und Untersuchungen, deren Richtigkeit mir auch die praktische Erfahrung stets aufs neue bestätigte, halte ich unter gewöhnlichen Verhältnissen, das heißt da, wo es sich um die Sterilisation nicht zu großer und dementsprechend nicht zu fest gepackter Verbandmengen, die nicht vorher in besonderer Weise verunreinigt waren, handelt, eine 10 Minuten währende Dampfdurchströmung für durchaus hinreichend, ein einwandfrei aseptisches Verbandmaterial zu schaffen. (Schluß folgt.)

Weil. Dr. Karl Kohn.

In Döbling, in seinem vieljährigen Wirkungsorte, ist am 1. d. M. Dr. Karl Kohn gestorben. Eine stille, bescheidene Natur ist mit ihm von hinnen geschieden, welche aber ihre Arbeitsspuren für lange zurückläßt. Dr. Kohn war nicht der Mann lärmenden Auftretens, aber intensive, geräuschlose, hingebende Tätigkeit charakterisierte ihn. Jene Generation, mit welcher zusammen er im Interesse des ärztlichen Standes zur freundlicheren Gestaltung, zur Hebung des moralischen Ansehens und des materiellen Wohles dieses Standes die rauhen, verrammelten Wege zu ebnen und gangbar zu machen bestrebt war, ist fast schon ganz weggestorben. Insbesondere war es die Idee der Schaffung einer autoritativen Repräsentanz des Ärztestandes, in deren Dienst er mit Heinrich Auspitz, Moritz Gauster und Anderen unermüdlich tätig war, und wenn er nach langen Mühen endlich die Entstehung der Institution der Ärztekammern auch erlebte, so ging doch Sarastros Wunsch: „Laßt ihn der Arbeit Früchte sehen“ für ihn und seine Mitstreiter nicht eigentlich in Erfüllung; denn ganz anders sehen die uns bescherten Ärztekammern aus, als das Gebilde war, welches die ersten Pionniere und Pfadsucher auf dieser Trace sich vorstellten. Dennoch hatte er in den ersten drei Wahlperioden nicht nur seinen Platz als Mitglied in der Wiener Ärztekammer, sondern er war auch während dieser Zeit ihr ständiger Schriftführer.

Als die neue Zeit mit neuen Strömungen und Bedürfnissen neue Männer forderte, zog er sich zurück, Anderen Platz machend. Er lebte nunmehr nur noch seiner Familie und seinem praktisch-ärztlichen Berufe; denn auch seine amtliche Stellung (er war Gemeindearzt in Oberdöbling vor Einverleibung der Vororte, nach dieser städtischer Oberarzt des XIX. Bezirkes) gab er schließlich auf. Doch mit Ausdauer und treuer Anhänglichkeit blieb er dem von ihm gegründeten journalistischen Unternehmen „Österreichische ärztliche Vereinszeitung“ ergeben, in dessen Dienst er nun seine ganze Kraft stellte. Dieses Blatt, aus kleinen Anfängen und eigentlich nur aus dem Bedürfnis, für die Idee der Schaffung von Ärztekammern ein Organ zu haben, hervorgegangen, entwickelte sich im Laufe von 30 Jahren zu stattlichem Ansehen. Große Opfer mußte er lange bringen, ehe es gelang, dem Blatte, das ja eigentlich eine fühlbare Lücke ausfüllt, die Existenz zu sichern. Jetzt ist es nicht mehr das einzige, welches den ärztlichen Standesinteressen gewidmet ist.

Dr. Karl Kohn war im Kreise seiner großen Klientel sehr geschätzt; sein äußerst sanftes, humanes Auftreten, sein warmherziges Fühlen und seine ärztliche Tüchtigkeit und Leistungsfähigkeit schaffte ihm zahlreiche Freunde. Er war nicht der Mann glänzender Beredtsamkeit und er erzielte auch in den Versammlungen seine Erfolge nicht so sehr durch rhetorische Leistung und durch die Macht der Argumentation, als vielmehr durch sein konziliantes Wesen und durch Ausgleichung und Nivellierung der Gegensätze, was ihm stets gelang.

Auch die Gründung des ärztlichen Vereines im IX. Bezirke, der der Initiative und der Energie des Chefredakteurs dieses Blattes, des Professors Klein, sein Entstehen verdankt, ist indirekt Kohns Werk. In der freien Versammlung, die Dr. Kohn behufs Organisierung der ersten Ärztekammerwahlen im IX. Bezirke im Herbste 1893 einberief und leitete, stellte Klein den Antrag auf Einsetzung eines Komitees zur Beratung der Bildung eines Ärztevereins in diesem Bezirke, und alle weiteren in dieser Richtung unternommenen Schritte sind Prof. Kleins Leistung.

In den älteren Jahrgängen der „Wiener med. Blätter“ finden sich zahlreiche von Dr. Karl Kohns Tun und Wirken zeugende Nachrichten, und hier möge nur noch verzeichnet werden, daß er neben seiner mehrfachen Betätigung auf humanitärem Gebiete auch Mitbegründer des Döblinger Gymnasiums war. Ein braver, ehrlicher Mann, ein guter Kollege war Dr. Karl Kohn. Ehre seinem Andenken!

III. Referate.

Über den Einfluß des Arsens (Val Sinestrawasser) auf den Stoffwechsel. Von A. Lardelli. Trotzdem seit Anfang des letzten Jahrhunderts zahlreiche experimentelle Untersuchungen sich mit dem Einfluß der arsenigen Säure auf den Stoffwechsel beschäftigten, ist heute noch das eigentliche Wesen der Stoffwechselveränderungen, die unter dem Gebrauche des Arsens auftreten, nicht einwandsfrei festgestellt. Hier wie bei anderen Untersuchungen über den Stoffwechsel des menschlichen und tierischen Organismus stößt man allenthalben auf Widersprüche, die zum Teil wohl in der großen Kompliziertheit dieser Vorgänge ihre Erklärung finden, zum größeren Teile aber durch die verschiedene Versuchsanordnung bedingt sind. Die einen Forscher verwendeten toxische Dosen Arsen, bei ihren Versuchstieren traten akute oder chronische Vergiftungen auf und sie gelangten zu dem Schlusse, daß das Arsen den Stoffwechsel bedeutend herabsetze. Die anderen suchten durch Darreichung von kleinen Dosen Arsen eine Vergiftung des Organismus zu vermeiden, sie gelangten zu dem Schlusse, daß das Arsen die gesamte Ernährung bedeutend hebe. Da das Arsen in der Therapie eine so große Rolle spielt, ist das Interesse des Arztes an den Wirkungen dieses Körpers begreiflich. Wenn auch ein oberflächlicher Therapeut sich schließlich mit dem bloßen Erfolge als solchem zufriedengeben könnte, so ist es doch schon im Interesse der genauen Indikationsstellung der Arsentherapie dringend wünschenswert, über das eigentliche Wesen der Vorgänge, die den therapeutischen Erfolgen zugrunde liegen, orientiert zu werden. Da gibt uns nun aber die Literatur leider keinen ganz zuverlässigen Aufschluß, namentlich über die Wirkung des Arsens auf den Stoffwechsel besteht noch ziemliche Unsicherheit. Die älteren Autoren neigen der Ansicht zu, daß die Arsendarreichung zu einer Fettbildung führe, die als pathologisch zu betrachten sei, d. h. zu einer Fettinfiltration und Degeneration und sehen die Ursache in einer Verlangsamung der oxydativen Vorgänge. Zutreffendenfalls würde diese Annahme zu einer ganz bedeutenden Reduktion der Indikationen zur Arsentherapie führen müssen. Demgegenüber wird aber auch darauf hingewiesen, daß die ja so oft klinisch festgestellte Gewichtszunahme der Patienten nicht einem pathologischen Fettansatz, sondern der Hebung der gesamten vitalen Tätigkeit zuzuschreiben sei, eine Anschauung, die dann mehr der Basis zusprechen würde, auf der wohl die Mehrzahl der Indikationen zum Arsengebrauch beruhen. Beim Menschen wurden in letzter Zeit exakte Stoffwechselversuche mit Arsen durchgeführt von Ewald und Dronke und von E. Schreiber mit dem arsenhaltigen Mineralwasser von Levico, ferner von M. Henius mit Atoxyl und mit dem Val Sinestrawasser. Mit Einstimmigkeit gelangten diese Untersucher zum Resultate, daß durch die Darreichung von Arsen beim Menschen im wesentlichen der Stickstoffansatz gefördert werde, während eine Fettmast durchaus in den Hintergrund trete. Es liegt in der Natur solcher Versuche, daß sie uns nur über eine kürzere Zeit des Stoffwechsels genaue Zahlenangaben vermitteln, dagegen können sie keinen Aufschluß



geben über das Endresultat längerer Arsenkuren, wie sie doch praktisch beim Menschen in Betracht kommen. Namentlich fehlen hier eben immer die absolut notwendigen Kontrollbeobachtungen. Da es sich ja meist um Individuen handelt, deren Stoffwechsel irgend eine Anomalie aufweist, läßt sich auch aus der längeren Beobachtung der Patienten und ihrer Veränderungen unter Arsendarreichung nichts sicheres schließen. Hier schien der unter allen Kautelen ausgeführte Tierversuch geeignet, etwas Licht in die Sache zu bringen, weil man es mit bestimmten Ausgangsgrößen zu tun hat, die nötigen Kontrollversuche beibringen und schließlich die durch längere Kur erzielten Resultate anatomisch verfolgen kann. Es liegen ja nun bereits solche Fütterungsversuche vor, sie befassen sich aber hauptsächlich mit den Knochenveränderungen, während die uns am meisten interessierende Frage, die Beeinflussung des Stoffwechsels, keine genügende Klärung erfahren hat. Um jede toxische Wirkung bei den Versuchstieren auszuschließen und andererseits doch wirksame Arsenmengen einführen zu können, wählte Aut. das Arsenwasser von Val Sinestra, von dem Henius nachgewiesen hat, daß sich durch dessen Gebrauch reine Arsenwirkungen erzielen lassen und auch Glax in seiner neuesten Monographie über die Balneotherapie betont, daß seine Hauptwirkung dem Gehalte an arseniger Säure zuzuschreiben sei. Der Versuch wurde in der Weise durchgeführt, daß 18 Kaninchen, die aus 3 Würfen stammten, so in zwei Gruppen von je 9 Tieren verteilt wurden, daß stets Tiere derselben Würfe in den Versuchs- und Kontrollgruppen sich fanden. Das Alter der Tiere zu Beginn des Versuches variierte von 1½—3 Monaten, ihr Gewicht von 530 bis 2360 *g*. Die Versuchsdauer betrug vier Monate; während derselben wurden die 9 Tiere der Versuchsgruppe mit Val Sinestrawasser getränkt, während die Kontrolltiere gewöhnliches Wasser erhielten. Die Fütterung war sonst natürlich ganz die gleiche, aus Hafer und Heu bestehend. Um die Kontrolle über das getrunkene Arsenwasser zu ermöglichen, mußte jedes Tier in einem gesonderten Käfig verwahrt werden; auch wurden, um die Stallkachexie zu vermeiden, sämtliche Tiere täglich während mehrerer Stunden ins Freie gelassen, jedoch so, daß Versuchs- und Kontrolltiere nie, weder direkt noch indirekt, miteinander in Berührung kamen. Das Quantum Val Sinestrawasser, welches die Versuchstiere im Verlaufe des Versuches zu sich nahmen, variierte zwischen 60 und 360 cm^3 pro Tag entsprechend 0·22—1·31 *mg* As_2O_3. Dadurch, daß der Einzelkonsum jedes Tieres genau kontrolliert wurde, erhielt man auch genauere Aufschlüsse über die Arsenmenge, die im Verlaufe des Versuches von jedem Tier konsumiert wurde. Die Zusammenstellung findet nach den einzelnen Würfen statt. Gleich zu Anfang des Versuches war deutlich zu bemerken, daß die Versuchstiere sich sehr gut entwickelten; sie wurden im ganzen bedeutend lebhafter und rauflustiger als die Kontrolltiere. Vor allem aber zeigte sich bald eine bedeutende Gewichtsvermehrung der Versuchstiere im Vergleich zu den Kontrolltieren. Von der dritten Woche an ist das Steigen des Körpergewichtes der Arsentiere besonders deutlich, und zwar zeigen sämtliche neun Versuchstiere dieses progressive Ansteigen des Gewichtes. Alle Kontrolltiere blieben in der Gewichtsvermehrung erheblich zurück, mit Ausnahme eines einzigen, das im wesentlichen in gleicher Weise an Gewicht zunahm wie die Versuchstiere des gleichen Wurfes. Worin besteht nun anatomisch diese Gewichtszunahme? Bei den am Ende des Versuches vorgenommenen Sektionen schien die bedeutende Zunahme der Arsentiere in der Hauptsache durch Fettablagerung bedingt zu sein. Große, dicke Fettpolster fanden sich vor allem an Becken- und Schulterring im subkutanen Fettgewebe, am Rücken zu beiden Seiten entlang der Wirbelsäule, in den Nierenkapseln hinunterziehend bis gegen das kleine Becken dem Psoas entlang, im Omentum majus und an den Appendices epiploïcae. An Herz und Leber waren keine besonderen Fettablagerungen zu konstatieren. Es tritt also die Frage an uns heran: ist diese Fettzunahme das einzige Resultat der Arsendarreichung und beruht auf ihr allein die Gewichtszunahme? Wenn ja, ist sie die Frage einer Überernährung oder einer Stoffwechselstörung? Zunächst ist dabei hervorzuheben, daß die Arsentiere auch sonst im Verhältnis zu den entsprechenden Kontrolltieren im allgemeinen besser entwickelt waren. Wenn auch das bessere Aussehen, das glänzendere Fell im wesentlichen durch vermehrte Fettablagerungen im subkutanen Gewebe bedingt sein konnte, so sprachen doch schon die größere Lebhaftigkeit der Tiere, der gesteigerte Geschlechtstrieb, die größere Freßlust dafür, daß von einer pathologischen Adipositas, wie sie durch Arsen-, Phosphor- usw. Giftwirkung zu beobachten ist, keine Rede sein kann. Dieser allgemeine Eindruck, daß der größere Fettreichtum der Versuchstiere als ein Zeichen der besseren Entwicklung, der besseren Ausnützung und Aufspeicherung des Nährmaterials aufzufassen sei, wurde noch verstärkt durch den Nachweis vermehrten Knochenlängenwachstums bei den Arsentieren. An den Knochen war wohl eine dickere Kompakta in der Diaphyse und Epiphyse und vor allem ein stärkeres Balkenwerk der Spongiosa bei den Arsentieren nachweisbar, eine so deutliche, in die Augen springende „Arsenschicht“, wie sie Gies beschrieben, war aber bei keinem Versuchstiere vorhanden.

In drei- bis vierwöchentlichen Intervallen wurden während des Versuches bei sämtlichen Versuchs- und Kontrolltieren in dem einer Ohrvene entnommenen Blute die roten Blutkörperchen in der Thoma-Zeissschen Zählkammer gezählt und der Hämoglobingehalt nach Sahli-Gowers bestimmt. Die Zählung der Erythrozyten und die Hämoglobinbestimmung ergab, daß ein wesentlicher Einfluß der Arsenmedikation auf die Blutzusammensetzung aus diesen Zahlen nicht ersichtlich ist. Die Vermehrung der Erythrozyten im Verlaufe des Versuches ist wohl dem zunehmenden Alter der jungen Tiere zuzuschreiben und kaum auf Wirkung des Arsens zu setzen. Eine Vermehrung über den normalen Stand an roten Blutkörperchen hinaus ist bei gesunden Tieren auch nicht zu erwarten, dagegen würde eine pathologische Adipositas eher einen Rückgang des Hämoglobins und der Erythrozytenzahl bei den Arsentieren erwarten lassen. Ein Versuchstier, das bei Beginn des Versuches nur 3,702.800 rote Blutkörperchen und 86% Hämoglobin aufwies, vermehrte seinen Bestand an roten Blutkörperchen in vier Monaten auf 5,664.500 und seinen Hämoglobingehalt auf 111 %.

In der zweiten Hälfte des Versuches wurden von sämtlichen Versuchs- und Kontrolltieren Bluttrockenpräparate angefertigt, mit Ehrlichs Triazidgemisch gefärbt und untersucht; es ergaben sich bei allen Tieren durchaus normale Verhältnisse. Auffallend wär nur die relativ geringe Anzahl von Leukozyten im Blute der Versuchstiere.

Exakte Untersuchungen über das Wesen der Veränderungen am Stoffwechsel, die unter dem Gebrauch des Arsens auftreten, wurden bisher nur am Menschen ausgeführt, und zwar in Form des Stoffwechselversuches. Wenn nun schon die Resultate obiger Untersuchungen es durchaus wahrscheinlich machten, daß die bedeutende Gewichtsvermehrung der Arsentiere auf einer Vermehrung des gesamten Stoffwechsels, somit auf einer besseren Ernährung beruhe, so wird die Richtigkeit dieser Annahme durch folgende Untersuchungen bewiesen.

Die Zahlen zeigen, daß trotz dem viel höheren Fettgehalt des Arsentieres sein prozentualer Stickstoffgehalt fast genau gleich viel beträgt wie bei dem viel fettärmeren Kontrolltier. Dies zeigt deutlich, daß bei der Gewichtsvermehrung des Arsentieres nicht nur das Fett beteiligt ist, sondern in hohem Grade auch der stickstoffhaltige Bestandteil, das Eiweiß.

Bei einer reinen Fettmast des Arsentieres wäre zu erwarten gewesen, daß der Gesamtstickstoffgehalt des Körpers ungefähr gleich groß sei wie beim Kontrolltier und demnach der prozentuale Stickstoffgehalt bedeutend geringer. Wenn bei seiner Gewichtsvermehrung nur das Fett beteiligt gewesen wäre, sollte das Arsentier in 1 *g* wassertrockener Substanz 0·0486 *g* N enthalten haben. Tatsächlich enthielt es aber 0·0844 *g* N.



Es ist daher bei dem Arsentier auf fettfreie Masse bezogen der Eiweißgehalt ein prozentual und absolut höherer als bei dem Kontrolltier. Dieses Verhalten läßt sich dadurch erklären, daß das Arsentier weniger Wasser in seinen Geweben enthält als das Kontrolltier, wofür das Ergebnis der Trockenbestimmung spricht, bei der ein größerer Wasserverlust beim Kontrolltier konstatiert wurde.

Aus 20 *g* wassertrockener Kaninchenmasse wurde im Soxhletapparat mit Äther das Fett extrahiert, bis sich kein Fett mehr im Äther löste. Dann wurde die extrahierte Substanz getrocknet, ganz fein gepulvert und nochmals mit Äther extrahiert. Vom Extrakt wurde dann der Äther abgedampft und der Rückstand: reines Fett und wenig andere Extraktivstoffe, gewogen.

Der größere Fettreichtum findet somit seine Erklärung in einer besseren Ernährung und Assimilation des Arsentieres unter Verminderung des Wassergehaltes seiner Gewebe und der gleichzeitigen absoluten sowie prozentualen Steigerung des Eiweißgehaltes. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 49.)

*

Ist Opium nützlich oder schädlich bei akuter Perityphlitis? Von Prof. E. K. Pel, Amsterdam.

In den letzten Jahren ist die Behandlungsweise der akuten Perityphlitis mit Opium, namentlich seitens der Vertreter der Chirurgie, beanständet und als unzweckmäßig beiseite geschoben worden. Und jetzt ist es schon so weit gekommen, daß auch innere Kliniker sich den Gegnern der Opiumbehandlung anschließen.

P. steht auf dem Standpunkt, daß Fragen, wie die von ihm gestellte nur am Krankenbette, das heißt nur auf Grund genauer klinischer Beobachtung und Erfahrung entschieden werden können. Und dann muß er gestehen, auf Grund 30jähriger Erfahrung am Krankenbett, daß das Opium keineswegs aus der Behandlung der akuten Perityphlitis herausgeworfen zu werden verdient. Er habe sich oft und immer wieder von der heilsamen Wirkung zweckmäßiger Gaben Opium auf den Verlauf der Krankheit überzeugen können und namentlich in solchen Fällen, bei welchen vorher dieses Heilmittel nicht verabreicht wurde, daß er die heilsame Wirkung des Opiums bei akuter Perityphlitis als eine der bestfundierten Tatsachen aus der inneren Klinik betrachte. Als Arznei, welche Nausea und Erbrechen unterdrückt, quälende Durstempfindung mildert, das „Sensorium commune“ günstig beeinflußt und last not least die unerwünschten, sehr schmerzhaften, manchmal krampfhaften Darmkontraktionen beruhigt, welche Verklebungen und Adhäsionen losreißen und Verbreitung der Krankheitsprozesse heraufbeschwören können, steht das Opium bei ihm noch immer in Ehren. Die schädlichen Wirkungen des Brechaktes auf Herz und Bauchhöhle werden teilweise eliminiert, die so hoch erwünschte und feurig ersehnte ruhige Bettlage wird bequemer, die Nachtruhe befördert, und was wohl die Hauptsache ist, die Beschränkung resp. Abkapselung des Entzündungsprozesses begünstigt, seiner Ausdehnung entgegengewirkt. So unterstützt die Heilkunst die Natur in ihrem Bestreben den Krankheitsprozeß zu begrenzen, während sie zu gleicher Zeit den humanen Aufgaben der Medizin Rechnung trägt und wird damit das von vielen perhorreszierte Opium den drei Forderungen gerecht, welche unsere weisen Vorfahren für eine ideale Behandlungsweise zu stellen pflegten: tuto, cito et jucunde. Eventuelle Nausea oder Widerwillen gegen das Opium kann mitunter durch Hinzufügung einiger Tropfen Branntwein, Kognak oder Sherry beschwichtigt werden. Alter, Konstitution, individuelle Reaktion, doch vor allem der Schmerz indizieren Dauer und Dosierung der Opiumbehandlung. Bei Erwachsenen z. B. gibt er gerne zweistündlich 5 Tropfen Laudanum, anfangs bei heftigen Schmerzen öfters stündlich 5 Tropfen oder gleich eine größere Dosis, 10 bis 15 Tropfen, um die Dosis zu verringern, sobald der Zustand des Kranken keine größeren Dosen mehr erfordert. Besonders bei zweckmäßiger Eisbehandlung kann man oft mit kleinen Dosen auskommen. Selbstverständlich gibt es so leichte, rudimentäre Fälle, daß sie gar keine innere Medikation fordern. In vereinzelten Fällen scheint das Pulvis opii besser vertragen zu werden. Auch kann es zweckmäßig sein, wenn man sehr schnell schmerzlindernd wirken will oder muß, die Behandlung mit einer Morphiumeinspritzung einzuleiten. Minimalklystiere mit Laudanumtropfen können gleichfalls eine günstige Wirkung entfalten.

Eventuelle Obstipation, wie diese meistens vorhanden ist, bildet keine Gegenanzeige für die Darreichung von Opium. Mehrfach ist die Meinung verkündet, daß Darmparese, Meteorismus, abnormale intestinale Zersetzung, Resorption schädlicher Darmgifte durch die Opiumtherapie begünstigt resp. hervorgerufen würden. Er kann nur sagen, daß die schädlichen Beiwirkungen des Opiums für theoretisch konstruiert und nicht als die Frucht unparteiischer klinischer Beobachtung betrachtet werden können.

Den Einwand Albus, daß die Opiumtherapie nicht selten eine erhebliche Darmschwäche hinterlasse, aus welcher zuweilen eine chronische Obstipation hervorgehe, fand er nicht für berechtigt.

Auch den zweiten Einwand gegen die Opiumtherapie der akuten Perityphlitis, die Verschleierung des Krankheitsbildes, teile er nicht. Der Darm wird erstens gar nicht gelähmt, sondern nur den unerwünschten schmerzhaften, unregelmäßigen Darmkontraktionen durch zweckmäßige, das heißt therapeutische und keine toxische Dosen Opium entgegengewirkt. Ja, der Puls klopft vielleicht um einige Schläge weniger. Das subjektive Wohlbefinden ist möglicherweise etwas gehoben und die Ruhe größer, das Erbrechen weniger quälend, und namentlich sind die Leibschmerzen erträglicher nach Opiumgebrauch. Doch, wie ein guter Beobachter, der seine Aufmerksamkeit allen Krankheitszeichen (Puls, Zunge, Temperatur, Respiration, Allgemeinzustand, Blut, Harn, Abdomen usw.) zuwendet, sich durch die soeben genannte salutäre Wirkung der Arznei in der richtigen Beurteilung der wahren Situation seiner Kranken täuschen läßt, ist mir eben unbegreiflich. Dies kann nur demjenigen passieren, der eben kein guter klinischer Beobachter ist oder seine Kranken mit toxischen Dosen Opium geradezu vergiftet.

Abgesehen von der Opiumtherapie hebt P. noch ausdrücklich hervor, daß selbstverständlich absolute Bettruhe, Eisumschläge und strenge Diät in dem akuten Stadium der Krankheit auch in erster Reihe notwendig seien. In den akuten Fällen, in welchen die Diagnose gesichert erscheint und die sonstigen Verhältnisse günstig sind, scheint auch ihm die sogenannte Frühoperation innerhalb der ersten 24 bis 36 Stunden rationell und durchaus empfehlenswert. P. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Bei konsequenter Behandlung von Anfang der Krankheit an — abgesehen natürlich von besonderen Umständen — mit Bettruhe, strenger Diät, Eisapplikation und zweckmäßigen Dosen Opium, bei strenger Vermeidung von Laxantia, pflegt die akute Perityphlitis (Appendizitis, Periappendizitis), wie sie in der Praxis vorkommt, in mehr als 90% der Fälle günstig zu verlaufen.

2. Der Arzt, welcher seine Kranken mit Perityphlitis nach diesen Prinzipien behandelt, vernachlässigt die Kranken in keiner Weise. Die Nachteile, welche der Verabreichung von zweckmäßigen Dosen Opium, und die Vorteile, welche einer laxierenden Therapie zugeschrieben werden, sind mehr theoretisch konstruiert als auf Grund genauer klinischer Beobachtung genügend erprobt. Derjenige Arzt, welcher seinen Kranken mit akuter Perityphlitis — exceptis excipiendis — zweckmäßige Dosen Opium vorenthält, begeht eine Unterlassungssünde; der, welcher sie mit Laxantia behandelt, einen Kunstfehler. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 32, 1907.)

*

Die Hypermetropie und deren Bestimmung ohne Skiaskopie. Von Dr. Lyritzas.

Unter Hypermetropie (H) verstehen wir bekanntlich jene Refraktionsanomalie, bei der parallel auf das Auge auffallende Lichtstrahlen hinter der Netzhaut sich vereinigen würden,

und zwar um so weiter hinten, je näher der die Strahlen werfende Gegenstand an das Auge kommt.

Die H wird von den Autoren eingeteilt: in Achsenhypermetropie, die in einer geringeren Länge der Augenachse besteht, und in Krümmungshypermetropie, die bald auf eine infolge von Narben entstandene Abflachung der Hornhaut, bald auf eine im höheren Alter oder wegen Akkomodationslähmung zustande gekommene Abflachung der Linse, oder bald auf eine Luxation oder gänzliche Entfernung der Linse aus dem Auge zurückzuführen ist.

Diese Einteilung findet L. nicht einwandfrei, erstens, weil eine von Narben entstandene Abflachung der Hornhaut auch die Verkürzung der Augenachse zu gleicher Zeit herbeiführt und infolgedessen diese Art der H sowohl der Krümmungs- als der Achsenhypermetropie zugeteilt werden kann, und zweitens, weil die Luxation oder die Entfernung der Linse aus dem Auge nicht immer Hypermetropie, sondern auch Emmetropie oder sogar Myopie zur Folge haben kann, falls vorher eine mehr als 10 Dioptrien betragende Kurzsichtigkeit vorlag.

Gleichfalls nicht ganz zutreffend ist die andere Einteilung der H in angeborene, zu der angeblich die Achsen-, und erworbene, zu der die Krümmungshypermetropie zu rechnen wäre, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil sowohl eine Abflachung der Kornea durch Narben, als eine Luxation der Linse auch im fötalen Leben entstehen und infolgedessen nicht nur erworben, sondern auch kongenital sein können.

Daher wäre es besser, diese beiden Einteilungsweisen der H fallen zu lassen und die Einteilung derselben in Achsen- und Linsenhypermetropie anzunehmen, wobei unter den ersten die einer Verkürzung der sagittalen Achse des Auges, angeboren oder erworben, unter der zweiten die einer Beeinträchtigung der Linse, ohne Beeinflussung der Augenachse zuzuschreibende H zu stellen ist.

Bei der H unterscheiden wir ferner die fakultative H., bei der ohne Glas, nur durch Verwendung der Akkomodation deutlich in die Ferne gesehen wird, und die absolute H, bei der das deutliche Sehen in die Ferne nur durch Konvexglas möglich ist.

Schließlich haben wir die manifeste H (HM), die durch Prüfung mit Konvexgläsern, und die totale (HT), die durch das Skiaskop festgestellt werden kann. Ziehen wir dann von der totalen H. die manifeste ab, so bleibt die sogenannte latente H (HL) übrig.

Die latente H ist desto höher, je jünger der Mensch, d. h. je stärker seine Akkomodationskraft ist. Mit dem Alter vergrößert sich die manifeste auf Kosten der latenten H. immer mehr, bis diese ungefähr im 75. Lebensjahr wegen der Linsensklerose gleich 0 und infolgedessen die HM = HT wird.

Diese allgemeine physikalische Regel trifft für jede Person für sich zu, nicht aber im Vergleich mit anderen desselben Alters. So bekommt man oft zur Untersuchung jugendliche Patienten mit geringerer und ältere mit höherer latenter H., wie L. zahlreiche eigene Beobachtungen überzeugt haben. Beispielsweise unter zwei mit 3·0 D. Hypermetropie behafteten Individuen, von denen das eine 20, das andere 30 Jahre alt ist, kommt es oft vor, daß wir, wenn wir bei dem 20jährigen 2·0 D. HM und 1·0 D. HL konstatiert haben, bei dem 30jährigen 1·5 D. HM und 1·5 D. HL finden. Diese Tatsache ist dadurch erklärlich, daß, genau wie eine jüngere Person zum Zweck der Deckung ihrer H. die Akkomodation leicht zur Geltung bringt, ebenso beim Vorsetzen allmählich stärkerer Konvexgläser dieselbe auch leicht erschlaffen läßt, was einem älteren Individuum Schwierigkeiten bereitet.

Bestimmung der HM. Bei der Prüfung jedes Hypermetropen durch Gläser kann bekanntlich eine von den folgenden drei Möglichkeiten vorkommen:

a) Wir finden eine Reihe von allmählich stärkeren Konvexgläsern, die die Sehschärfe möglichst hoch steigern. Das stärkste von diesen Konvexgläsern wollen wir Glas Nr. 1 nennen.

b) Wir finden eine Reihe von allmählich stärkeren Konvexgläsern, die die mit freiem Auge erhaltene Sehschärfe nur beizubehalten imstande sind, ohne die geringste Besserung oder Verschlimmerung derselben herbeizuführen. Das stärkste von diesen Konvexgläsern wollen wir Glas Nr. 2 nennen.

c) Wir finden die beiden obenerwähnten Reihen von Konvexgläsern, d. h. erst die die Sehschärfe steigernde, dann die dieselbe beibehaltende Reihe, mit anderen Worten: das Glas Nr. 1 + Glas Nr. 2.

Finden wir demnach bei der Prüfung nur das Glas Nr. 1, so wissen wir, daß die Stärke desselben den Grad der vorhandenen HM zeigt. Dasselbe geschieht auch, wenn wir nur das Glas Nr. 2 finden; die Stärke nämlich dieses Glases zeigt den Grad der HM. Haben wir aber alle beiden Gläser, d. h. Nr. 1 + Nr. 2 gefunden, so müssen wir dann die Stärke dieser beiden Gläser addieren, um den Grad der HM zu finden.

Bestimmungen der HT durch die Gläser, ohne Skiaskopie. Zahlreiche eigene Beobachtungen haben H. überzeugt, daß der Index sowohl des Vorhandenseins als des Grades der HL in jedem Falle, ohne Ausnahme das oben erwähnte Konvexglas Nr. 2 ist. Finden wir also bei der Prüfung eines Hypermetropen dieses Glas weder allein, noch mit dem Glase Nr. 1, so sind wir sicher, daß auch keine HL vorhanden ist. Finden wir dagegen dieses Glas, so existiert auch HL und zwar ist sie dann genau so hoch, wie die Stärke desselben Glases Nr. 2.

Um das Gesagte mehr physikalisch auszudrücken, müssen wir die zur Deckung der H notwendige Akkommodation in 3 Teile zerlegen: den ersten durch das Konvexglas Nr. 1, den zweiten durch das Konvexglas Nr. 2 zu findenden, und den dritten Teil, die sogenannte latente Hypermetropie (HL). Von diesen 3 Teilen der Akkommodation wollen wir den ersten Akkommodation a, den zweiten Akkommodation b und den dritten Akkomodation c nennen. Nach dem oben Gesagten ist also bei der Prüfung eines Hypermetropen eine von den folgenden drei Möglichkeiten zu finden: entweder die Akkommodation a allein, oder die Akkomodation b allein, oder die Akkomodation a + b zu gleicher Zeit, und da, wie oben nachgewiesen, das Konvexglas Nr. 2 immer = der HL ist, soll auch die Akkomodation b = der Akkommodation c sein. Demnach haben wir: bei der ersten Möglichkeit: Akkommodation a = HM, und HM = HT; bei der zweiten Möglichkeit: Akkommodation b = HM, und HM = der Hälfte HT, und bei der dritten Möglichkeit: Akkommodation a + b = HM, und a + b + c = HT.

Die HM steht bekanntlich nicht immer fest. Wenn beispielsweise bei der ersten Prüfung eines Hypermetropen 2·0 D. HM konstatiert wurde, ist wohl möglich, daß dieselbe bei der zweiten an demselben oder am anderen Tage stattfindenden Prüfung geringer (1·5 D.) oder höher (2·5 D.) geworden ist. Früher konnten wir nicht im voraus wissen, in welchem Falle diese Schwankung der HM zu erwarten war.

L.'s Beobachtungen haben auch schon diese Frage gelöst, und wir können jetzt in jedem Falle von H gleich nach der Prüfung mit Gläsern wissen, ob die aufgefundene HM konstant ist oder nicht. Wenn wir nämlich nur das Konvexglas Nr. 1 oder nur das Konvexglas Nr. 2 finden, dann sind wir sicher, daß die manifeste Hypermetropie in diesen Fällen konstant bleibt. Haben wir aber beide Konvexgläser, d. h. Nr. 1 und Nr. 2, gefunden, so ist eine Schwankung der HM von vornherein ganz bestimmt.

Von welchem Nutzen dieses Vorauswissen der Schwankung der HM bei der Brillenverordnung ist, können wir uns leicht vorstellen. Wie bekannt, müssen wir nach der Untersuchung eines Hypermetropen demselben das stärkste Konvexglas, wodurch die bestmögliche Sehschärfe erreicht bezw. beibehalten wurde, als Brille verschreiben. Ist dann die manifeste H konstant, so wird der Patient mit dem verschriebenen Glase dauernd zufrieden sein, ist aber dieselbe



schwankend, so kommt es oft vor, daß der Patient durch das verschriebene Glas anfangs gut, nach ein paar Stunden aber, falls die manifeste Hypermetropie geringer wurde, schlecht sieht, was jeder Augenarzt zu beobachten alle Tage Gelegenheit hat. Vor dieser unangenehmen Eventualität können wir aber nun, nach L.'s Beobachtungen uns hüten, und zwar dadurch, daß wir in jedem Falle gleich nach der Prüfung wissen, ob die aufgefundene manifeste Hypermetropie konstant ist. Ist das der Fall, so schreiben wir dem Patienten als Brille das stärkste, seine manifeste H vollständig deckende Konvexglas auf. Ist aber die H M desselben schwankend, so müssen wir ihm als Brille nicht das stärkste, sondern ein etwas (0·5—1·0 D.) schwächeres Glas verschreiben. Aus dem oben Ausgeführten ist zu ersehen, daß H.'s Beobachtungen auf dem Gebiete der Hypermetropie dreierlei ergeben haben:

1. Ein physiologisch-optisches Gesetz, wonach die Akkommodation b = der Akkommodation c ist.

2. Ein neues Verfahren, wodurch die totale Hypermetropie ohne die zeitraubende und viel Übung voraussetzende Skiaskopie, sondern einzig und allein durch die gewöhnliche Prüfung mit Gläsern zu finden ist, und

3. das Voraus- (d. h. gleich nach der Prüfung) wissen, ob die aufgefundene manifeste Hypermetropie konstant bleibt oder nicht, was zum Verschreiben der passenden Brille von großer Bedeutung ist. (Berliner klin. Woch. Nr. 8, 1907.)

*

Experimente über die Wirkung der Bierschen Stauung auf infektiöse Prozesse. Von Prof. Dr. P. v. Baumgarten.

Als Versuchstiere dienten hauptsächlich Kaninchen, an deren einer unteren Extremität die venöse Stauung durch Umschnürung mittels eines etwa 8 *mm* dicken Gummirohres in der Schenkelbeuge herbeigeführt wurde. Die Schlauchbinde wird soweit angezogen, daß der Femoralispuls noch deutlich fühlbar ist, andererseits aber die Hautvenen deutlich hervortreten. Es wurde stets darauf geachtet, daß die Stauung immer eine heiße war, das heißt, daß sich das gestaute Glied wärmer anfühlte, als das andere. Die Technik ist natürlich Übungssache. Mißerfolge waren im Anfang häufig, kamen aber später kaum mehr vor.

Als Infektionserreger wurden Tuberkelbazillen, Staphylokokken und Milzbrandbazillen verwendet. Durch diese Ausdehnung auf verschiedene pathogene Mikroorganismen unterscheiden sich unsere Experimente von den früheren, die nur mit Milzbrandbazillen angestellt wurden. Die Infektion geschah teils intraartikulär (Kniegelenk), teils subkutan. Die Dauer der Stauung betrug bei den Tuberkuloseversuchen 1 bis 2 Stunden täglich, wochenlang fortgesetzt, bei den Staphylokokkenversuchen 12—24 Stunden, mit Pausen von 24 Stunden, ebenfalls längere Zeit fortgesetzt, bei den Milzbrandversuchen einmalig 24—40 Stunden.

Am günstigsten waren die Resultate bei den Milzbrandversuchen. Hier gelang es, die Infektion durch die Stauung vollständig zu unterdrücken, allerdings nur, wenn die verimpfte Bazillenmenge eine gewisse Quantität (1 kleine Öse Bazillensubstanz) nicht überschritt und wenn sofort nach der Impfung mit der Stauung eingesetzt und diese 36—48 Stunden fortgesetzt wurde. Nach Ablauf dieser Zeit sind die verimpften Bazillen aus dem gestauten Glied bis auf minimale degenerierte Reste verschwunden — die Tiere bleiben dann auch nach Lösung der Binde dauernd gesund.

Schon weniger günstig verliefen die Staphylokokkenversuche. Die pyogenen Staphylokokken des Menschen sind für das Kaninchen weniger pathogen als für den Menschen und es heilen daher, wie auch die vorliegenden Versuche bestätigten, pyogene Prozesse, welche durch Infektion mit menschlichen Eiterkokken beim Kaninchen erzeugt sind, auch ohne jede Therapie meist von selbst aus. Immerhin kam in unseren Versuchen die Heilung mit Hilfe der Stauung rascher zustande, als ohne dieselbe. Doch war dies nur der Fall bei kleineren Haut- oder Gelenkeiterungen, welche, durch Verimpfung geringerer Kokkenmengen erzeugt, keine Neigung zu schneller Ausbreitung an den Tag legten. Ausgedehntere Abszedierungen erfuhren dagegen unter der Stauung eher eine Verschlimmerung, und in einigen dieser Fälle trat nach Lösen der erstmalig angelegten Binde rascher Tod der Versuchstiere ein, wahrscheinlich infolge rapider Aufsaugung des mit den Toxinen und Endotoxinen der Staphylokokken geschwängerten Stauungstranssudates. Als eine weitere, den Wert der Stauungsbehandlung bei Staphylokokkuseiterungen einschränkende Beobachtung ist der Befund von virulenten Kokken in den Gelenksmembranen der anscheinend unter Stauungsbehandlung geheilten Gelenke hervorzuheben. In allen ausgeführten Punkten decken sich die Resultate unserer Staphylokokkenversuche mit klinischen und obduktionellen Feststellungen beim Menschen, namentlich auch mit den einschlägigen, umfassenden Beobachtungen und eingehenden Untersuchungen Lexers.

Fast wirkungslos blieb die Stauungsbehandlung in den Tuberkuloseversuchen. Da die genannte Behandlung in praxi innerhalb des Tuberkulosegebietes hauptsächlich bei Gelenkstuberkulosen versucht worden ist, so kam es zunächst darauf an, einen der menschlichen Gelenkstuberkulose entsprechenden Prozeß experimentell beim Versuchstiere hervorzurufen. Dies gelang in vollkommener Weise. Es wurde dieses bisher von anderer Seite noch nicht erzielte Resultat erreicht durch intraartikuläre Injektion von Tuberkelbazillen. Namentlich wirksam erwiesen sich Perlsuchtbazillen, während menschliche Tuberkelbazillen, wenn nicht sehr große Mengen derselben verwendet wurden, häufig keine charakteristische Gelenksaffektion hervorbrachten. Um den Einfluß der Stauungsbehandlung an demselben Tier zu kontrollieren, wurden in einer Reihe von Experimenten beide Kniegelenke tuberkulös infiziert. Sobald sich die Gelenkserkrankung makroskopisch bemerklich machte, wurde mit der Stauungsbehandlung eines Beines begonnen und diese täglich 1—2 Stunden, eventuell wochenlang fortgesetzt. In der Mehrzahl der Fälle zeigte sich gar kein Unterschied zwischen behandelter und nichtbehandelter Seite; trotz der Behandlung erreichte der Tumor albus dieselbe Größe, wie der auf der anderen Seite, wovon diese Präparate Zeugnis ablegen. In einigen Fällen blieb allerdings der Gelenkstumor der behandelten Seite gegen den der unbehandelten an Größe zurück, wie dieses Präparat demonstriert; doch wird hieraus nicht mit absoluter Sicherheit auf einen Erfolg der Stauungsbehandlung geschlossen werden dürfen, da ähnliche Größendifferenzen der Gelenkstumoren beider Seiten auch an nicht behandelten Tieren, trotz anscheinend gleicher Dosierung der Infektion auf beiden Seiten, vorkommen können. Jedenfalls war histologisch nichts von irgend welchen Heilungserscheinungen in den unter der Stauung kleiner gebliebenen tuberkulösen Gelenkstumoren zu konstatieren. Um festzustellen, ob es gelänge, durch die Stauungsbehandlung die von der tuberkulösen Lokalinfektion ausgehende Allgemeintuberkulose zu unterdrücken oder zu hemmen, wurde bei einer Reihe von Tieren nur ein Gelenk infiziert und sogleich nach dem ersten Hervortreten der Gelenksschwellung, oder sogar gleich nach der Impfung des Gelenkes die Stauungsbehandlung eingeleitet. Ohne Erfolg; die behandelten Tiere starben ebenso zeitig an derselben schweren Allgemeintuberkulose wie die nicht behandelten. Da die durch Perlsuchtbazillen beim Kaninchen experimentell erzeugten Gelenkstuberkulosen an Bösartigkeit die große Mehrzahl der beim Menschen auftretenden Gelenkstuberkulosen bei weitem übertreffen, so wurden auch mit menschlichen Tuberkelbazillen erzeugte Infektionsfälle der Stauungsbehandlung unterworfen. Das Resultat blieb aber im wesentlichen das gleiche. Soviel B. bekannt, stimmen diese fast negativen Resultate unserer Tuberkuloseexperimente mit den im ganzen wenig befriedigenden klinischen Erfahrungen über die Behandlung von Gelenkstuberkulosen mit Bierscher Stauung überein.

Werfen wir nun die Frage auf, wie die, allerdings nur bedingt günstige Wirkung der Stauungsbehandlung bei den akuten Infektionsprozessen, Milzbrand und Staphylokokkeneiterung, zu erklären sei, so würde es viel zu weit führen,



in eine eingehende Erörterung dieses verwickelten Problems einzutreten. Wahrscheinlich sind verschiedene Ursachen an der Wirkung beteiligt. Zweifellos spielt das bakterizide Vermögen des Stauungstranssudates eine Rolle, wenn es auch nicht richtig ist, daß, wie Noetzel angegeben, das Stauungstranssudat eine stärkere bakterizide Kraft besäße, als das Blutserum des gleichen Tieres. Die bakterizide Kraft des Stauungstranssudats ist vielmehr, wie Heyde durch genaue Untersuchungen ermittelte, entschieden schwächer, als die des entsprechenden Serums, was ja auch von vornherein, wegen des geringeren Eiweißgehaltes des ersteren gegenüber dem letzteren, äußerst wahrscheinlich ist. Aber darin hat Noetzel doch wohl Recht, wenn er die reichlichere Ansammlung einer bakterizid wirkenden Flüssigkeit im Gewebe, wie sie die venöse Stauung herbeiführt, als einen Faktor der Heilwirkung derselben anspricht. Freilich ist die bakterizide Wirkung der Ödemsflüssigkeit, wie schon Lexer betont, ein zweischneidiges Schwert, indem sie durch mehr oder minder weitgehende Auflösung der Bakterien zwar das Leben von mehr oder minder zahlreichen Infektionskeimen vernichtet, aber dafür deren gefährlichen Gifte, die Endotoxine, frei macht. Manche schädlichen Nebenwirkungen der venösen Stauung im Gebiete der gestauten Teile dürften sich, wie B. mit Lexer für wahrscheinlich hält, durch lokale Einwirkung und Ausbreitung dieser frei gewordenen Endotoxine, und „die akuten Verschlimmerungen des klinischen Verlaufes in schweren Fällen", die Lexer beim Menschen, wir beim Versuchstier beobachteten, durch die rasche Resorption dieser Gifte nach Abnahme der Binde erklären. Immerhin wird bei kleineren Bakterienmengen, also bei beginnenden oder leichteren Infektionsprozessen, der Vorteil der, durch das Stauungstranssudat bewirkten verstärkten Bakterienabtötung den Nachteil der vermehrten Giftentladung bei weitem überwiegen und somit in solchen Fällen die Stauungsbehandlung den Heilungsvorgang anbahnen und fördern. Wie schwer aber selbst unter solchen günstigen Verhältnissen die durch die Stauungsbehandlung verstärkte bakterizide Wirkung der Körpersäfte mit den Bakterien völlig aufzuräumen vermag, lehren die wiederholten, durch unsere Experimente bestätigten Nachweise des Vorhandenseins virulenter Eiterkokken in, unter der Stauungsbehandlung anscheinend abgeheilten Infektionsherden. Es wird also auch hier die Leistungsfähigkeit der vis medicatrix naturae, auf deren Unterstützung ja das Biersche Heilverfahren abzielt, nicht überschätzt werden dürfen. So hoch aber auch das Moment der Verstärkung der natürlichen Heilkräfte des Organismus für die Beurteilung der Wirksamkeit des Bierschen Verfahrens geschätzt werden mag, jedenfalls sind ihm nicht allein die günstigen Erfolge dieser Behandlungsmethode zuzuschreiben. Eine gewisse Rolle spielt außer dem genannten Moment zunächst noch die Hemmung der Resorption durch die Binde. Die Bedeutung dieses Momentes ergab sich besonders aus unseren Milzbrandversuchen, in welchen die Versuchstiere durch 36—48stündiges Liegenbleiben der Binde vor dem Milzbrandtode gerettet werden konnten, während sie rasch an Milzbrand verendeten, wenn die Binde bereits nach 24—30 Stunden entfernt wurde. Selbstverständlich kann indessen dieser rein mechanischen Hemmungswirkung nicht die Bedeutung einer eigentlichen Heilwirkung zukommen. Als ein weiterer Faktor der Wirksamkeit des Verfahrens dürfte die Zirkulationsverlangsamung und Verminderung der Blutzufuhr anzusehen sein, wodurch das den Bakterien verfügbare Sauerstoffquantum herabgesetzt wird, was namentlich für aërophile Mikroorganismen, wie Milzbrandbazillen, von Belang sein muß. Nicht ohne günstigen Einfluß dürfte ferner die durch das Stauungsödem herbeigeführte Verdünnung der Toxine sein, die ja nicht wie die Endotoxine erst durch Auflösung der Bakterien frei gemacht, sondern von den lebenden Mikrobien abgesondert werden. Schließlich wirkt die venöse Stauung, obwohl sie zweifellos das von ihr betroffene Gewebe schädigt, doch insofern nützlich, als die durch sie bewirkte pathologische Veränderung des Gewebsstoffwechsels auch auf die Bakterien, und zwar in viel höherem Maße als auf die Gewebszellen schädigend einwirkt und dadurch letztere von ihren Angreifern befreien hilft. Diese Annahme, welche in den bisherigen Erklärungsversuchen der Wirksamkeit des Bierschen Verfahrens kaum berücksichtigt wurde, gründet sich auf die Beobachtungstatsache, daß die spezifisch-parasitären Organismen gerade in den gesunden, mit normalem Stoffwechsel begabten Geweben ihrer Wirtskörper die optimalen Existenz- und Wachstumsbedingungen finden. Es liegt daher nahe, anzunehmen, daß jede Veränderung des normalen Stoffwechsels in den disponierten Geweben diese Gewebe zu einem weniger geeigneten bis ungeeigneten Entwicklungsboden für die betreffenden Mikroorganismen machen kann. Dieser theoretisch wohl begründeten Möglichkeit eine tatsächliche Bedeutung für die Heilerfolge des Bierschen Verfahrens einzuräumen und diese Erfolge nicht allein auf die bakterizide Wirkung des Stauungsödems zurückzuführen, dazu nötigt, meines Erachtens, die Beobachtung des langsamen Absterbens und teilweisen Überlebens der Infektionsorganismen im Stauungsgebiete, eine Erscheinung, die weit mehr den Eindruck eines Hungertodes, als den eines Vergiftungstodes durch bakterizide Substanzen macht. Sehen wir die Verstärkung der Einwirkung des bakteriziden Serums und die Herabsetzung der für die betreffenden Bakterien geeigneten Nährbodenqualität als die Hauptfaktoren der günstigen Wirkung der Bierschen Stauungsbehandlung bei infektiösen Prozessen an, so ist es begreiflich, daß diese Behandlung bei den tuberkulösen Prozessen versagt, da die Tuberkelbazillen gegen die bakteriziden Substanzen des normalen Serums so gut wie unempfindlich und auch gegen Hunger äußerst widerstandsfähig sind. (Münch. mediz. Wochenschr. 1906, Nr. 48.)

IV. Aus der Praxis.

Über Stomatitis mercurialis und ihre Verhütung durch Isoformzahnpasten. Von Dr. Konrad Siebert.

In der Prophylaxe der Stomatitis mercurialis erfreuen sich in den letzten Jahren die antiseptischen Zahnpasten einer besonderen Beliebtheit. S. hat nun auf der Neisserschen Klinik vergleichende Versuche mit den verschiedenen Pasten angestellt und gefunden, daß die Isoform (Saluferin) Zahnpaste die stärkste antiseptische Kraft entfaltet. Die Desinfektionswirkung ist eine bei weitem stärkere, als bei der Kalium chlorikum-Paste und sie ist andauernd, letzteres wohl dadurch, daß sich Isoform als ein fester Körper in die Lücken und Nischen der Mundhöhle festsetzt und von hier, den sonstigen Brutstätten der Saprophyten, die Entwicklung der für gewöhnlich so riesigen Zahl der Mundbakterien hemmt.

In der Isoform- (Saluferin)-Zahnpaste haben wir also ein Munddesinfektiosmittel mit experimentell bewiesenen bedeutenden bakteriziden Eigenschaften. Wir können daher wohl annehmen, daß wir in dieser Paste zur Zeit das geeignetste Mittel haben, um schwere Ulzerationserscheinungen im Munde zu verhindern.

Da S. bei seiner ausgedehnten klinischen Anwendung Schädigungen der Zähne und der Mundschleimhaut niemals wahrgenommen hat, so kann er das Mittel auf Grund der ausgeführten theoretischen und praktischen Versuche zur weiteren Anwendung nur empfehlen. Literatur und Proben durch die Gesellschaft für chem. u. pharm. Produkte Dr. Adler & Wild, Wien III. Marxergasse 17. (Deutsche medizinische Wochenschrift 1907, Nr. 7.)

Kohlensäurebäder in der Herztherapie. Von Dr. Weihs (Ärztliche Zentral-Zeitung, XIX. Jahrgang, Nr. 26.)

In den letzten Jahren spielte die Verwendung von Kohlensäurebädern eine immer bedeutsamere Rolle und deren Wirkung wurde nicht nur in den meisten bedeutenden Badeorten, vor allem Nauheim, Oeynhausen, Soden, Homburg, Kissingen, Kudova und in jüngster Zeit Franzensbad praktisch erprobt, sondern auch in den hervorragendsten Kliniken beobachtet und ihre Wirkung auf das Herz und den Allge-



meinorganismus wissenschaftlich studiert. Man weiß nun, daß die Kohlensäurebäder ihre subjektiven Erfolge aber auch in leichteren Fällen zweifelsohne objektiven organischen Besserungen ihren Einfluß auf das Gefäßzentrum und die Vasomotoren verdanken. Doch leider war bisher die Wohltat dieser Behandlungsmethode nur ziemlich vermögenden Patienten zugänglich, die sich einen teueren Badeaufenthalt oder eine nicht unwesentliche Auslage für eine Serie von Kohlensäurebädern im Hause leisten konnten. Es wurden die Kohlensäurebäder zu Hause bis nun aus Natrium bicarbonicum und Salzsäure oder Calium bicarbonicum und Calium bisulfuricum (Sandow) oder endlich durch Einführen von Kohlensäure selbst in das Badewasser hergestellt. Die so erzeugten Kohlensäurebäder litten aber an beträchtlichen Mängeln. Die Säurezusätze greifen das Metall der Wanne chemisch stark an und machen sie defekt. Die freiwerdenden Substanzen bleiben nicht ohne Einfluß auf den Körper.

Die bisher im Gebrauche stehenden Kohlensäurebäder litten an manchen Mängeln. So dauerte bei der bisher üblichen Herstellungsmethode die Kohlensäureentwicklung höchstens zehn Minuten, während ein länger dauerndes Kohlensäurebad in vielen Fällen ärztlich indiziert erscheint.

Diesem Mißverhältnisse zu begegnen, wurden die neuen „kohlensauren Formikabäder" dem Heilschatze einverleibt. Die Mitbeteiligung der Ameisensäure macht sich auch bei der Bekämpfung der Herzbeschwerden durch Kohlensäurebäder wirksam geltend. Die kohlensauren Formikabäder lassen sich durch Zusätze von ätherischen Ölen, Tanin, Eisen und Mangansalzen, Fichtennadeln, Ichthyol usw„ Schwefel, Sublimat, Malzextrakt, Eisenmoorsalze und wohlriechende Essenzen zu einer großen Anzahl von Spezialbehandlungen verwenden.

Die Herstellung eines Formikabades ist denkbar einfach. Das mit I bezeichnete Pulver wird gleichmäßig über die Wannenoberfläche geschüttet, sodann die mit II bezeichnete Flasche langsam über die Oberfläche der Badeflüssigkeit ergossen, während der Patient sich im Wasser zeitweilig ein wenig herumbewegt. Die Temperatur des Bades halte sich zwischen 30—33° C. die Dauer zwischen 10—20 Minuten. Bei den ersten Kohlensäurebädern ist die Gegenwart des Arztes erforderlich. Literatur und Proben durch die Gesellschaft für chem. und pharm. Produkte Dr. Adler & Wild, Wien III., Marxergasse 17.

Über die Behandlung des Magengeschwürs. (Forts.)

Die Leubeschen Umschläge haben sich sehr bewährt und sind auch heute noch ziemlich allgemein im Gebrauch, obwohl ihre Wirkungsweise vielleicht noch weniger durchsichtig ist, als die der Bettruhe. Für die Praxis mag es dahingestellt bleiben, ob sie lediglich durch die Rückenlage, die sie dem Kranken aufzwingen oder durch beschleunigte Entleerung des Magens oder endlich durch gesteigerte Blutzufuhr wirken, wir können sie als praktisch erprobt für die meisten Fälle ohne weiteres akzeptieren und brauchen nur dort von ihnen abzugehen, wo sie dem Patienten unangenehme Empfindungen auslösen. Das ist gelegentliah sowohl bei den heißen Breiumschlägen, wie beim Eisbeutel der Fall und ich scheue mich nicht, unter solchen Umständen eventuell von dem einen ins andere Extrem zu verfallen. Sind doch die Verhältnisse der Blutdurchströmung in den tieferen Teilen unter dem Einfluß lokaler Hitze- und Kälteapplikation noch durchaus nicht klargestellt und sicher auch bei verschiedenen Individuen ungleich. Auch darin gestatte ich mir eine Abweichung von dem Leubeschen Schema, daß ich die heißen Breiumschläge nicht dauernd, sondern mit stundenweisen Unterbrechungen applizieren lasse; meiner Auffassung nach wird so die Reaktionsfähigkeit der Gefäße besser erhalten, während es sonst leicht zur Stase kommt. Hierauf weisen die eigentümlich geformten roten Flecken der Haut unter den Breiumschlägen hin, die oft noch lange als Pigmentierungen zurückbleiben. Anämische und schwächliche Kranke sind manchmal auch gegen den leichten Kältereiz der Prießnitzschen Umschläge schon empfindlich. Dann setzt man dem Wasser die Hälfte Spiritus hinzu.

Weniger allgemein anerkannt, als die bisher besprochenen Maßnahmen, ist die v. Leubesche Ulkusdiät. Bekanntlich hat v. Leube für diese Diät ein Schema angegeben, das sich auch auf andere schwere Magenkrankheiten übertragen läßt und in vier Stufen verläuft, von denen die erste 10 Tage, die zweite 7 Tage, die dritte 5 Tage und die vierte wieder 7 Tage lang eingehalten werden soll.

Kost I besteht aus gekochter Milch; Fleischsolution (eine Büchse pro Tag); Bouillon; eingeweichten, nicht gezuckerten Zwiebäcken (2) und Cakes (4).

Kost II besteht außer den unter I genannten: schleimige Suppen; Reis und Sago in Milch weich gekocht mit Eischaum; weiche und rohe Eier; gekochtes Kalbshirn oder Kalbsbries. gekochtes Huhn und Taube (ohne Haut und Fett).

Kost III gewährt zu Kost I und II: gekochte Kalbsfüße; geschabten rohen Schinken; geschabtes Beefsteak (halbrob); Kartoffelbrei, Bouillonreisbrei; wenig Kaffee und Tee.

Bei Kost IV wird weiterhin zugelegt: zartes Roastbeef, rosa gebraten; gebratenes Huhn oder gebratene Taube (ohne Sauce); Reh oder Rebhuhn, längere Zeit abgehängt; Maccaroni; geschnittene Nudeln (durchgeseiht); wenig Weißbrot.

Von der fünften Woche ab wird dann ganz allmählich wieder zu festeren und schwereren Speisen übergegangen. Zu bemerken ist dabei noch, daß die Gesamtmenge, welche der einzelne Patient pro Tag erhalten soll, von v. Leube nicht vorgeschrieben ist, daß er aber eine Teilung in fünf Mahlzeiten verlangt, um den Magen auf einmal nicht zu sehr zu belasten. Im Falle einer Blutung wird von oben entweder garnichts oder nur Eispillen, respektive eisgekühlte Milch gegeben, dagegen reichlicher Gebrauch von Nährklystieren gemacht.

Die Leubesche Speiseordnung ist eine recht knappe. sie ist auf dem Grundsatz der größten Schonung des Organs aufgebaut. Nicht nur soll das Geschwür vor der Einlagerung oder Berührung mit festen Speiseteilchen geschützt, sondern auch alle stärkeren Reize von der Schleimhaut fern gehalten werden.

Gegen diesen Grundsatz nun ist neuerdings Widerspruch erhoben worden, und zwar von Lenhartz in Hamburg. Ausgehend von der Überlegung, daß Blutarmut und Hyperazidität, zwei Symptome, welche nicht nur als disponierende Momente des Ulcus ventriculi angesehen werden, sondern dasselbe auch häufig begleiten und seine Heilung verzögern, bei einer ausgesprochenen Unterernährung mit eiweißarmer Kost, wie sie die erste und auch noch die zweite Kostform Leubes bieten, sicher nicht günstig beeinflußt werden, und daß überdies eine allzuflüssige Diät zur Überfüllung und Dehnung des Magens führen muß, gibt Lenhartz von vornherein bei allen Patienten, selbst wenn dieselben soeben eine schwere Blutung überstanden haben — ja sogar dann erst recht — eine konzentriertere eiweißreiche Kost und steigt verhältnismäßig schnell, so daß er nach 14 Tagen auf über 3000 Kalorien kommt. Schon am ersten Tage, eventuell unmittelbar nach der Blutung, werden zwei geschlagene rohe Eier, mit etwas Wein gequirlt und gekühlt, schluckweise gegeben. Dazu 200 *g* Milch. Täglich wird das Quantum beider gesteigert, bis nach acht Tagen 1 *l* Milch, 50 *g* Zucker und 8 Eier erreicht sind. Am sechsten Tage wird bereits gehacktes Fleisch zugelegt (35 *g*), am nächsten Tage Milchreis, nach weiteren drei Tagen roher Schinken (geschabt) und Butter.

(Schluß folgt.)

V. Notizen.

(Todesfall.) In Baden bei Wien ist am 11. d. M. der dortige praktische Arzt Dr. Josef Gropper im Alter von 44 Jahren gestorben. Er war Bahnarzt, Gerichtsarzt, Theaterarzt, Arzt der Bezirks- und der Arbeiterkrankenkasse. Die Trabrennsaison in Baden ist schon vorüber, doch hat das Wettrennen um dieses reiche Stellenerbe Dr. Groppers bereits begonnen, noch ehe sein Sarg versenkt wurde.

Prämien auf Alkoholenthaltsamkeit zu erteilen wurde von der Direktion der Röchlingschen Eisen- und Stahlwerke in Völklingen a. Saar beschlossen. Einer Bekanntmachung der Direktion für die bei ihr beschäftigten Arbeiter entnehmen wir folgendes: „Wir teilen hiedurch unserer Belegschaft mit, daß wir zu der Über-



zeugung gekommen sind, daß diejenigen Arbeiter, auch für den Hüttenbetrieb, wertvoller sind, welche gar keinen Alkohol genießen. Wir haben uns daher entschlossen, denjenigen Arbeitern, welche länger als ein Jahr Mitglied der Guttemplerloge sind, Prämien in folgender Höhe zukommen zu lassen. Solche Arbeiter, welche ein Jahr Mitglied der Loge sind, erhalten pro Quartal eine Prämie von 10 Mark; für solche Arbeiter, welche zwei Jahre in der genannten Loge sind, erhöht sich die Prämie um 5 Mark, also auf 15 Mark pro Quartal, und jedes weitere Jahr der Mitgliedschaft bei der Guttemplerloge steigt die Prämie um 5 Mark.

Die Wirkung von Tabakrauch auf Krankheitskeime. Dem Tabakrauch ist hinsichtlich seiner Wirkung auf die menschliche Gesundheit so viel Übles nachgesagt worden, daß es als eine Forderung der Gerechtigkeit erscheint, auch einmal nach seinen guten Eigenschaften zu fragen. Seine Giftstoffe wirken nicht nur auf den Zustand des Menschen im allgemeinen oder einzelner Organe des Körpers, sondern auch auf die zum Teil höchst nichtsnutzigen Kleinwesen, die wir in uns beherbergen. Da viele Bakterien zunächst durch die Atmungswege aufgenommen werden, so liegt es nahe, anzunehmen, daß der Tabakrauch mit ihnen in Berührung kommt und sie möglicherweise vernichtet. Um einer Beurteilung dieser Frage näher zu kommen, hat Dr. Arnold Versuche angestellt, deren Ergebnisse er jetzt im Lancet veröffentlicht. Er hat einzelne Röhren mit verschiedenen Bakterien beschickt und dann unter besonderen Vorsichtsmaßregeln der Wirkung von Tabakrauch ausgesetzt. Die Bazillen der Diphtheritis zeigten sich dadurch merklich beeinflußt, indem sie zuweilen ihr Wachstum überhaupt einstellten oder nur in geringem Grade fortzusetzen vermochten. (Übrigens wirkte der Rauch von trockenem Heu in diesem Falle ebenso wie Tabakrauch.) Etwas geringer wurden Typhusbazillen in ihrer Lebenskraft beeinträchtigt, aber auch sie wurden durch den Rauch in ihrem Wachstum in erheblichem Grade behindert. Bei der ungeheuren Verbreitung und Schädlichkeit der Eiterbazillen verdient es besonders hervorgehoben zu werden, daß gerade diese Keime durch den Tabakrauch schwer geschädigt werden, so daß sie unter seinem Einfluß fast gar kein Wachstum zeigen. Im ganzen schließt Dr. Arnold aus seinen Beobachtungen, daß Tabakrauch im Munde sehr wahrscheinlich das Wachstum einer ganzen Reihe krankheitserregender Keime verhindere, freilich nicht in höherem Grade als andere Sorten von Rauch.

Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1906 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—;** nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—.**

Medizinischer Zeitungsverlag
Telephon 22152. Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 39. Wien, 28. September 1907. **Nr. 39.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Improvisierte Asepsis.

Von **Dr. Otto Grosse**, Spezialarzt für Chirurgie der Harnwege, München.

(Schluß.)

Und diese Sterilisation der Verbandstoffe — und zugleich der Metallinstrumente sowie alles sonstigen chirurgischen Materials — ist auf die angegebene Art mit einem Wasserglas voll Wasser[21]) (zirka 200 *g*) auszuführen! Da eine so kleine Quantität in wenigen Minuten zum Sieden kommt, so erfordert die ganze Sterilisationsprozedur höchstens eine Viertelstunde — eine Zeit, die mit anderweitigen Operationsvorbereitungen so vollauf ausgefüllt wird, daß von einem Verlust an Zeit nicht die Rede sein kann.

Im Gegenteil: der Arzt, der z. B. zu einem schwer Verletzten gerufen wird, braucht nicht daheim, ehe er überhaupt weiß, was zur Hilfeleistung nötig sein wird, einen umfangreichen Sterilisationsapparat in Betrieb zu setzen oder ihn samt Inhalt und Zugehör zusammenzupacken, sondern hat nur sein Instrumentarium, so wie es ist, nebst unsterilisierten Verbandstoffen und Tüchern mit sich zu nehmen und kann daher erheblich früher bei dem Kranken sein, um möglichst bald die Untersuchung vorzunehmen und für die dringlichsten Maßnahmen zur Blutstillung, Schmerzlinderung usw. zu sorgen. Danach wählt er von den mitgeführten Instrumenten und Verbandstoffen das Nötigste, auf das man sich selbstverständlich beschränken wird, aus und ordnet es in dem improvisierten Sterilisator. Ist die Sterilisation, die außer einem Blick auf die Uhr keiner weiteren Beaufsichtigung bedarf, in die Wege geleitet, so trifft er die sonstigen Vorbereitungen zur Operation — ich gehe hierauf nicht weiter ein, da all dies in früheren Arbeiten anderer Autoren zur Genüge beschrieben ist — und desinfiziert dann das Operationsgebiet und seine Hände.

Um diese Desinfektionsfrage hier, nur soweit sie sich mit meinem Thema berührt, kurz zu erörtern, halte ich es für den Arzt in der allgemeinen Praxis, und zumal für den Landarzt für das einzig Ratsame, in Gummihandschuhen zu operieren, die ja im Wasserdampf sicher, schnell und ohne Schädigung zu sterilisieren sind. Wenn es auch dem Chirurgen von Beruf, der ausschließlich oder größtenteils mit aseptischen Fällen und nie mit Leichenmaterial zu tun hat, gelingt, den Keimgehalt seiner operierenden Hand auf ein nicht mehr schädigendes Minimum herabzumindern, so gilt dies für den viel- und mannigfach beschäftigten praktischen Arzt keineswegs, und er bedarf zum eigenen Schutze wie zum Schutze seiner Patienten bei aseptischen und bei septischen Operationen einer sterilen Hülle für seine Hand. Etwas vollkommenes zu diesem Zwecke hat uns die Technik leider noch nicht zu liefern vermocht; die Gummihandschuhe sind trotz ihrer Beeinträchtigung feinen Tastens, trotz ihres hohen Preises und trotz ihrer leichten Verletzbarkeit immerhin das einzig Brauchbare. Der letztgenannte Übelstand macht es uns allerdings zur Pflicht, uns vor Anlegung der Handschuhe auf das Gewissenhafteste zu desinfizieren. Ein Verfahren, wie es bei größter erreichbarer Zuverlässigkeit einfacher kaum gedacht werden kann, besitzen wir in der jüngst von Schumburg[22]) auf Grund umfangreicher überzeugender Versuche angegebenen Desinfektion der Hände mittels des gewöhnlichen Brennspiritus. Schumburg fand, „daß gleich wie der absolute Alkohol auch der Brennspiritus mit ziemlicher Sicherheit 99% der an der Gebrauchshand befindlichen Bakterien entfernt, wenn man mit Wattebäuschen, die mit dem Brennspiritus getränkt sind, die Haut 2½ Minuten kräftig abreibt", während andererseits „das selbst bis zu 20 Minuten ausgedehnte Seifen in der Art, wie die Chirurgen es vorzunehmen pflegen, mit heißem Wasser, sterilen Bürsten und Seife den Keimgehalt der Hand nur wenig zu verringern vermag. Ja, nicht gar selten ist der Keimgehalt nach dem Seifen höher als vor dem Seifen". Da es sich, wie weitere Experimente ergaben, nicht um eine Abtötung der Bakterien, sondern um Fortspülung derselben unter Lösung der Hautfette handelt, bedarf es nicht einmal aseptischer Vorsichtsmaßregeln. Man erreicht also ohne abgekochtes Wasser, ohne sterile Waschschüsseln, sterile Bürsten, Tupfer und Seife dieselbe überhaupt erreichbare, fast völlige Keimfreiheit der

[21]) Im Notfall — und dieser Notfall wird in mancher Landpraxis gewiß recht oft eintreten — kann jedes, sogar verunreinigtes Wasser, da es ja mit den Instrumenten und Verbandstoffen gar nicht in Kontakt kommt, diesem Zwecke dienen.

[22]) Schumburg, Versuche über Händedesinfektion. Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 79, 1, 1906 (siehe auch Referat in der Münchener med. Wochenschrift, 1906, Nr. 19).



Hand wie mit der Fürbringerschen oder Ahlfeldschen Methode. Warum Schumburg nach diesen so ausgezeichnet wirksamen Prozeduren noch die Anwendung eines Antiseptikums vorschlägt, obwohl er diese selbst für überflüssig erklärt, ist nicht einzusehen. Man sollte die Verwendung antiseptischer Lösungen, die eben bei der minutenlangen Einwirkung gänzlich effektlos bleibt, endlich ein- für allemal aufgeben. Erforderlich zur Desinfektion sind etwa 150 *cm*³ Brennspiritus und mehrere kleinapfelgroße, nicht sterilisierte Bäusche gewöhnlicher, entfetteter Watte. Es erscheint mir demnach am einfachsten, unter Umgehung jedes Zwischengefäßes sich direkt aus einer mitgebrachten Halbliterflasche Brennspiritus[23]) etwa ein Drittel des Inhalts nach und nach auf zirka 10 Wattebäusche gießen zu lassen, mit denen man Hände und Arme — selbstverständlich nach gründlicher mechanischer Nagelreinigung, aber ohne vorausgehendes Abbürsten drei Minuten sorgfältig abreibt. In gleicher Weise wird das vorher gut rasierte Operationsfeld behandelt und sodann, nachdem unterdessen die Dampfsterilisation beendet ist, mit steriler Kompresse bedeckt. Schließlich legt man die — ad hoc obenaufgepackte — sterile Operationsschürze (die man sich übrigens auch leicht aus einem Handtuch und etwas Band oder Bindfaden improvisieren kann), sowie die sterilisierten Gummihandschuhe an, ordnet schnell Instrumente, Tupfer und Verbandzeug auf einem, vorher mit einem frischgewaschenen und nun darüber mit einem sterilisierten Tuche bedeckten Tische — einige sterile Kompressen werden in den Wasserrest in den Kochtopf gelegt, um damit nötigenfalls während des Operierens die stark blutig gewordenen Handschuhe abzuwaschen — und grenzt zuletzt das Operationsfeld mit sterilen Tüchern eng ab.

Nach diesen Vorbereitungen kann man mit ruhiger Sicherheit zur Operation schreiten, — mit einer Sicherheit, die sich darauf stützt, daß man selbst für jede einzelne Phase der Asepsis die volle Verantwortung übernimmt, statt sich auf fabriksmäßig betriebene „Asepsis“ zu verlassen, oder gar leichtsinnig sein Vertrauen auf ein zufälliges Genügen einer erwiesenermaßen unzureichenden Methode zu setzen. Wenn ich mir auch bewußt bin, daß das angegebene Verfahren seine Grenzen findet in allzugroßem Umfange des chirurgischen Eingriffs einerseits und in allzugroßer Unzulänglichkeit der Verhältnisse andererseits, so ist es doch vermöge seiner wohl kaum noch zu übertreffenden Einfachheit in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, wo man überhaupt im Privathause operiert, durchführbar, und ich darf hoffen, daß es, um mit Braatz' Worten zu schließen, dazu beiträgt, „vollständig jede Spur der noch allgemein verbreiteten Anschauung verschwinden zu lassen, die zähe daran festhält, daß außerhalb des modernen Operationssaals für den verwundeten oder operierten Menschen die aseptische Wundbehandlung so gut wie aufhört und der Arzt auf dem Lande nach jahrelangem Studium seinem Kranken nur den mangelhaften Schutz einer Wundbehandlung bieten kann, welche hinter der Zeit zurückgeblieben ist, und von welcher die Wissenschaft längst nichts mehr hält“.

[23]) Man kann auch ein von Schumburg als noch sicherer wirkend erprobtes Gemisch von Alcohol absolutus und Äther 2 : 1 mit Zusatz von Salpetersäure $^1/_2$: 100 benutzen, welches von der Hand auf die Dauer besser vertragen werden soll. Doch halte ich speziell für Improvisationszwecke den überall leicht zu beschaffenden Brennspiritus, zumal der Unterschied in der Wirksamkeit nur minimal ist, für geeigneter, — auch mit Rücksicht auf seine geringere Feuergefährlichkeit, seinen niedrigeren Preis und die gleichzeitige Verwendbarkeit als Heizmaterial zur Wasserdampfsterilisation.

Feuilleton.

Die ärztlichen Sprechstunden.

Von **Obermedizinalrat Dr. Gottlieb Merkel.**

(Schluß.)

Wohlgemeinte Empfehlungen und Ratschläge, welche mehrfach von Akademikern ausgegangen sind, haben unbeabsichtigt diesen Unfug unterstützt, da sie nur die Untersucher, die an ihren Plätzen arbeiten, kennen und der Ansicht sind, daß eine, wenn auch nicht immer ganz zuverlässige Untersuchung besser ist, als gar keine. M. ist anderer Ansicht und hält es für eine hervorragende Aufgabe der Universitätslehrer, welche mit der Klinik in Verbindung stehen, die Studierenden immer wieder darauf aufmerksam zu machen, daß sie die Pflicht haben, Urin- und Sputumuntersuchungen selbst vorzunehmen.

Was von diesen Untersuchungen gilt, kann nicht oder kaum gelten von den Sputumuntersuchungen, welche zu zeitraubend sind, um in der Sprechstunde ausgeführt zu werden. Zudem ist das Resultat derselben nicht so dringend zum Bestimmen des ersten Handelns notwendig, wie die Urinuntersuchung. Ihr Resultat kommt noch rechtzeitig, wenn man es bei der nächsten Beratung in Händen hat.

Dagegen sind einige andere Methoden, welche wichtige Fingerzeige geben, recht wohl in der einfachsten Sprechstundenpraxis durchführbar. M. hat dabei vor allem im Auge die Hämoglobinuntersuchungen, die nach den Methoden von Gower-Sahli in wenigen Minuten ausgeführt werden können, die ganz unerläßlich sind, wenn es sich um die richtige Diagnosenstellung von Chlorose handelt oder um Blutdruckuntersuchungen, die in der Behandlung der chronischen Nierenerkrankungen — vor allem der Nierenschrumpfung — auf drohende Gefahren aufmerksam machen, die gewisse allgemeine Symptome ahnen lassen, aber durch das Sphygmomanometer erst evident werden lassen. Wir haben in dem Gärtnerschen Tonometer ein Instrument, das nicht unfehlbar ist, aber in der Einfachheit des Verfahrens nichts zu wünschen übrig läßt, wenn wir nicht zu der etwas komplizierten, aber immerhin noch sichereren Modifikation des Baschschen Sphygmomanometers nach Sahli greifen wollen.

Was von diesen mehr allgemeinen Untersuchungsmethoden gilt, das gilt auch bei den Untersuchungen anderer Organerkrankungen. Magenspülungen sind wohl in allen Sprechstunden bereits heimisch geworden und seit man sich dazu des weichen Schlauches und des Trichters bedient, auch ohne Assistenz und ohne den Kranken zu gefährden, ausführbar. Was sie zutage fördern, wird in manchen Fällen die Diagnose der Magenerweiterungen bereits feststellen lassen, kann aber auch späterhin von chemischen Sachverständigen näher untersucht werden. Auch hier tritt das Mikroskop wieder in sein Recht, nur bei den Darmexkreten läßt uns die Sprechstunde ganz im Stich. Wo diese Untersuchungen nötig werden, da verzichtet man am besten. Über die Exploration des Rektums hinaus gehören Untersuchungen an das Krankenbett. Auch Untersuchungen mit dem Ösophagoskop, dem Gastroskop, dem Romanoskop sind nichts für die Sprechstunde des praktischen Arztes. Darüber später noch einige Worte.

Es werden eingehende Untersuchungen im wesentlichen nur beim ersten Besuch notwendig werden und im geringeren Umfang sich nur in gewissen Zeiträumen beim einzelnen Falle wiederholen. Ganz unterlassen dürfen sie nie werden und der Arzt, der sich nur auf die Anfangsuntersuchung beschränkt, kann die unangenehmsten Überraschungen erleben, wenn er einfach weiterhandiert und sich selbst nicht mehr kontrolliert. Es ruht darin eine der ersten und größten Gefahren, die dem Arzt überhaupt in der Praxis, vor allem in der Sprechstunde drohen. Die Krankenhausärzte kennen nur zu gut die Krankenbücher, die bei dem ersten Besuch durch eine eingeschriebene Diagnose zeigen, daß der Kranke untersucht wurde und dann 5 bis 6 Besuche verzeichnen mit Ordinationen und dem Vermerk: „ins Krankenhaus verwiesen“.

XI. Internationaler Kongreß gegen den Alkoholismus.

Z. In der ersten allgemeinen Versammlung des XI. Internationalen Kongresses gegen den Alkoholismus in Stockholm sprach Prof. Dr. Hartmann, Leipzig über:

Die Aufgabe der Schule im Kampfe gegen den Alkoholismus.

Er führte aus: Angesichts der Tatsache, daß der Alkoholgenuß der Jugend heute eine weitverbreitete Erscheinung ist, deren körperliche, geistige und sittliche Schädlichkeit außer jedem Zweifel steht, ist es eine unabweisbare, schon jetzt zu erfüllende Forderung, daß alle Schulen, die es mit dem eigentlichen Kindesalter zu tun haben, den Grundsatz der alkoholfreien Jugenderziehung rückhaltslos anerkennen und zielbewußt danach handeln. Eine Schule, die diese Forderung ablehnt, verstößt gegen die besten Interessen der ihr anvertrauten Jugend und gerät in Widerspruch mit dem Wesen ihrer eigenen Aufgabe. Daher haben die Schulen, auch wo noch kein Antialkoholunterricht besteht, mit allen ihren zu Gebote stehenden Mitteln dafür zu wirken, daß die Familien der von ihnen unterrichteten Kinder den genannten Grundsatz annehmen und praktisch durchführen. Nur dann aber kann dies gelingen, wenn die Lehrerschaft in Würdigung der erzieherischen Macht des Beispiels überall da, wo es angezeigt ist, in eine gewissenhafte Prüfung ihrer Lebensgewohnheiten nach der Seite des Trinkens eintritt. Das allerbeste Beispiel, das die Lehrer der Jugend hier geben können, ist zweifellos das der persönlichen Abstinenz, und dieser Gedanke hat schon in verschiedenen Ländern zur Begründung abstinenter Lehrervereine geführt, zuletzt zu der des Vereins abstinenter Philologen deutscher Zunge. Einen tieferen erzieherischen Wert aber hat die Abstinenz der Lehrer nur dann, wenn sie eine Art freier sittlicher Überzeugung ist, und kann daher niemandem von außen auferlegt werden. Pflicht ist es aber auch für nichtabstinente Lehrer, insbesondere für alle Schulleiter, nichts zu tun oder zu sagen, was die im Interesse der Zukunft unserer Rasse unbedingt zu erstrebende Ausbreitung des Abstinenzgedankens bei der Jugend in irgend welchem Sinne unterbinden kann. Abstinente Lehrer andererseits haben ihren Standpunkt mit Besonnenheit und Takt zu vertreten und werden Konflikte mit dem Elternhause am ehesten dann vermeiden, wenn sie sich darauf beschränken, die Notwendigkeit der Jugendabstinenz zu betonen, dagegen die Freiheit ihrer Schüler anzuerkennen, sich als Erwachsene weder für Abstinenz noch für strenge Mäßigkeit zu entscheiden. — Was die Altersgrenze für die alkoholfreie Jugenderziehung anlangt, so hat sie sich, besonders aus physiologischen Gründen, nicht nur auf das eigentliche Kindesalter zu erstrecken, sondern auf die ganze Zeit bis zum Abschluß der körperlichen Reife, so daß also auch die oberen Klassen der höheren Schulen unter Geltungsbereich der Alkoholfreiheit zu fallen haben. Doch ist die letztgenannte Reform nur allmählich durchzuführen in dem Maße, wie die von unten an alkoholfrei erzogenen Altersklassen stufenweise nach oben steigen. Kommt noch dazu, zum mindesten in den letzten Jahren des Kindesalters, eine wirksame unterrichtliche Belehrung der Jugend über die Gefahren des Alkoholgenusses, so steht zu hoffen, daß auch die dem eigentlichen Kindesalter entwachsenen jungen Leute während der Zeit ihrer körperlichen Entwicklung aus Überzeugung auf alkoholische Getränke verzichten und diesen Verzicht als eine Ehrenpflicht gegen sich selbst wie gegen ihr Vaterland betrachten lernen. (Lebhafter Beifall.) — Die Ausführungen des Referenten fanden Unterstützung durch weitere Ausführungen von Fräulein Sohlberg, Ekenäs (Finnland), und Professor v. Schele, Stockholm.

In der wissenschaftlichen Sektion referierte nach einigen allgemeinen Darlegungen von Dr. med. Delbrück, Bremen, Dr. med. R. Vogt, Christiania, über das Thema:

Die Beobachtung im Krankenhause ergibt dann, daß der Kranke nicht wieder untersucht worden sein kann, denn die Krankheit hat sich ganz anders entwickelt; trotzdem ist dieselbe Ordination wiederholt oder durch verschiedene neue ersetzt worden. Der Kranke ist schlechter geworden; die Zeit ist versäumt worden. Es ist eine günstige Annahme, daß der Patient sich in der „Masse“ verloren hatte. Verschiedene Faktoren kommen zusammen, um solche Fehler entstehen zu lassen. Voran steht dabei die Unlust des Kranken, sich in das Krankenhaus zu legen, von dem er nur weiß, wann er eintritt, nicht wann er und wie er es wieder verlassen wird, das ihm den Verzicht auf seine vier Pfähle, auf seine Umgebung, auf Weib und Kind auferlegt, das ihn von dem Arzt trennt, welchem er sich anvertraut hat, der ihm so warm von Freunden und Bekannten empfohlen wurde, der ihm die Behandlung so leicht gemacht, seinen Wünschen entsprechend gestaltet hatte.

Soll es dem Arzte verübelt werden, wenn er daran denkt, daß er den Kranken verliert, der nicht nur jetzt aus dem Buch verschwindet, sondern überhaupt wohl nie mehr wiederkehrt? Es sind das Umstände, die nicht hoch genug angeschlagen werden dürfen, die M. als berechtigt und gewichtig anerkennt, die ein gutes Maß von Uneigennützigkeit und in mancher Hinsicht Rücksichtslosigkeit gegen andere und sich selbst verlangen. M. achtet diese Erwägungen als besonders bedeutungsvoll und schwerwiegend für unsere Verhältnisse, als bei unseren Kassen fast ausnahmslos die Vorschrift besteht, daß ledige Personen, welche nicht im Familienverband stehen und leben, sobald sie liegerhaft werden, das Krankenhaus aufsuchen müssen. M. wundert sich nur zu oft, daß Kranke, welche hoch fiebern oder schwer krank sind, längere Zeit zu Hause gelegen sind, und sich von Zeit zu Zeit wohl nur mühsam in die Sprechstunde des Arztes geschleppt haben, nur um zu Hause bleiben zu können.

Und doch, der Arzt muß gegen die Massenarbeit Front machen, wo und so weit er nur kann, das ist der Rede letzter Schluß. Es gibt aber noch andere Gefahren in der Sprechstunde für Arzt und Patienten, die M. nicht unerwähnt lassen darf, weil er der Meinung ist, daß sie vermieden werden können und müssen. Die eine liegt darin, daß sie den Arzt zu leicht verleitet zur symptomatischen Behandlung. Gerade die Tatsache, daß die Zeit fehlt zur genauen Untersuchung, verführt dazu. Es liegt so nahe, wenn man weiß, im Vorzimmer warten Dutzende darauf, vorgelassen zu werden, den Kranken rasch mit einem Rezept zu entlassen, von welchem man annimmt, daß es seinen Schmerzen oder momentanen Belästigungen abhilft. Man hat wohl vor, das nächstemal ihn genauer zu visitieren, wenn man mehr Zeit hat. Im glücklichen Falle kehrt er das nächstemal wieder mit dem freudigen Bericht, daß ihm das Mittel Erleichterung gebracht habe. Er will nun gar nicht weiter untersucht werden, sondern nur wieder ein gleiches oder ähnliches Mittel erhalten! Wie oft resultiert aus solchen Vorkommnissen der Verderb einer chronischen Obstipation, eines Darmkatarrhs, eines „Hustens“, dessen Quelle nicht verstopft, sondern zum Schaden für den Kranken nur verschleiert wird. Die wilde Reklame der „ine“, „one“, „ale“ und „ole“ tut das ihrige dazu, um immer wieder „so warm empfohlene“, „von vielen Autoritäten“ erprobte neue Mittel zur Anwendung zu bringen; — und es ist wahr, das kranke Publikum drängt den Arzt selbst in solche Bahnen, denn tut es der „eine Doktor“ nicht, so geht er zum andern, wenn es die Kasse erlaubt!

Machen Sie Front gegen die schlimme und gewissenlose Art der Sprechstundenbehandlung, wie sie sich im Laufe der Zeit entwickelt hat, die den Arzt zum Taglöhner oder zum Charlatan degradiert und Wissenschaft und Kunst erniedrigt. Wenn Unmögliches von uns verlangt wird, brauchen wir es noch lange nicht zu tun. Beschränken wir uns auf das Mögliche, zeigen wir uns als Meister in der Selbstbeschränkung. Es wird und muß sich lohnen. (Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 48.)



Alkohol und Medizin.

Redner führte aus: Der unmittelbare Einfluß des Alkohols auf das Zentralnervensystem ist im ganzen derselbe lähmende wie beim Gebrauch von Äther, Chloroform, Chloral und anderen narkotisch wirkenden Mitteln der Fettreihe. Die Wirkung des Alkohols auf ausgeschnittene Herzen ist auch in kleinen Mengen gar keine erregende. Durch kleine Alkoholdosen wird die Magensekretion ein wenig vermehrt; ob diese Wirkung auch bei säurearmen Magen stattfindet, ist fraglich. Auf die Entleerung der verschiedenen Nahrungsstoffe aus dem Magen macht Alkohol einen verschiedenen Einfluß geltend, und zwar kommt dem Alkohol auf die Entleerung der Amyrazeen eine hemmende, der Körper der Eiweißgruppe keine merkliche und auf die Fette eine beschleunigende Wirkung zu. Die narkotische Alkoholwirkung hat eine gewisse Bedeutung als Mittel zur Beruhigung und Entspannung des Gemütes, vor allem bei Perseveration unlustbetonter Vorstellungen. Die energischen Vorgänge im Zentralnervensystem wirken aufeinander wechselseitig bahnend und hemmend. Narkotisch wirkende Mittel, welche die verschiedenen zentralen Funktionen mit ungleicher Stärke beeinflussen, mögen indirekt dazu führen, daß einige energetische Vorgänge gesteigert und andere herabgesetzt werden. Bei Zuständen von Mißmut, Unlust und Schmerzen haben deswegen die narkotischen Mittel (auch Alkohol) mitunter eine erregende Wirkung auf gewisse zentrale Funktionen, vorausgesetzt, daß die sonstige Anspannung des Zentralnervensystems zurzeit keine große ist. Die Dauerwirkung des Alkohols ist immer eine lähmende. Die reflektorische Alkoholwirkung mag bei drohender Herzschwäche von Bedeutung sein. Zu früheren Zeiten, als die sonstigen narkotischen Mittel der Fettreihe noch nicht bekannt waren, war auch die therapeutische Bedeutung des Alkohols eine recht große. Jetzt liegen die Umstände anders. Im ganzen ist Alkohol in der Therapie leicht entbehrlich. Eine Reihe älterer Indikationen für den Alkoholgebrauch entbehrt jeder wissenschaftlichen Grundlage. Der Gebrauch von Alkohol in den Krankenhäusern nimmt mehr und mehr ab. Aus psychologischen Gründen darf Alkohol nur bei strenger Indikation verwendet werden. (Beifall.) — Damit schlossen die Verhandlungen des ersten Kongreßtages.

Am zweiten Kongreßtage wurde in der Vormittagssitzung in der allgemeinen Versammlung das Thema:

Der Alkohol und die Naturvölker

behandelt. Der erste Referent Graf Skarzynski, Petersburg, sprach über den Alkoholismus bei den Naturvölkern in Rußland. — Das grundlegende Referat über das Thema hielt Großkaufmann Vietor, Bremen. Er führte unter anderem aus: Abgesehen von den wüsten und sterilen Gebirgen ist Afrika ein fruchtbares Land mit einer zwar dünngesäten, aber tüchtigen und beinahe unverwüstlichen Bevölkerung, Zum Zweck des Sklavenhandels wurde der afrikanische Handel begonnen. Der Sklavenhandel ist heute lange gerichtet. Wird unsere moderne Kolonialpolitik imstande sein, die heutigen großen Einöden mit einem nüchternen, tüchtigen und zufriedenen Bauernvolke zu bevölkern, oder werden wir es erleben müssen, daß unsere Kolonialbevölkerung verderbt und verseucht wird durch eine übermäßige Schnapseinfuhr? Das ist die brennendste Frage unserer Kolonialpolitik. Der Handel Afrikas ist im Laufe der letzten 25 Jahre enorm gewachsen. Früher gereichte der Schnaps einzelnen Leuten zum Verderben, jetzt verseucht er ganze Dörfer, Städte und Länder. Die Einfuhr von Schnaps in Togo betrug in den Jahren 1902—1905 jährlich durchschnittlich 10.633 *hl* Alkohol oder zirka 19% der europäischen Gesamteinfuhr und in Kamerun jährlich 13.650 *hl* Alkohol, zirka 8·5% derselben Einfuhr. Jeder denkende Mensch wird einsehen, daß eine solche Spirituoseneinfuhr einem Lande zu großem Schaden gereichen muß. (Zustimmung.) Auf dem Kongresse in Karlsruhe habe ich nach meinen eigenen Erlebnissen erzählt, daß selbst die verständigen Schwarzen Einspruch gegen diesen Import erhoben haben. In meinem letzten Vortrag hatte ich energisch Stellung zu nehmen gegen die deutsche Regierung, welche unbegreiflicherweise stets einer genügenden Erhöhung der Spirituosenzölle abgeneigt war. Das hat sich inzwischen aber vollständig geändert. Die Resolution auf dem Karlsruher Kongreß und unsere damaligen Verhandlungen sind von dem Reichstagsabgeordneten Erzberger im Parlament zur Sprache gebracht worden und haben eine durchaus befriedigende Antwort unseres neuen Kolonialdirektors erlangt. Herr Dernburg gab die Schädlichkeit der übermäßigen Spirituoseneinfuhr vollständig zu und ging sogar so weit, öffentlich zu erklären, daß es kein Schade wäre, wenn überhaupt die Einführung von Alkohol in die westafrikanischen Kolonien verboten würde. Inzwischen hat auch nach den telegraphischen Nachrichten in Westafrika eine erneute Erhöhung des Zolles auf Spirituosen um 25% stattgefunden.

Schließlich sprach noch als dritter Referent zu diesem Thema Bischof v. Bergquist, Lulea, über den Alkoholismus bei dem skandinavischen Naturvolk der Lappländer. — An die Vorträge schloß sich eine längere Diskussion.

Am Nachmittag wurden die Verhandlungen der Allgemeinen Versammlung fortgesetzt. Prof. T. Laitinen, Helsingfors, referierte „Über den Einfluß der kleinen Alkoholmengen auf die Widerstandsfähigkeit des tierischen Organismus mit besonderer Berücksichtigung der Nachkommenschaft."

In der wissenschaftlichen Sektion, die am Nachmittag tagte, sprach der berühmte Psychiater Prof. Dr. Aschaffenburg, Köln a. Rh., über das Thema:

Alkohol und Zurechnungsfähigkeit.

Redner führte aus: „Eine genaue Umgrenzung des Begriffes Zurechnungsfähigkeit ist unmöglich. Der Begriff deckt sich mit der strafrechtlichen Verantwortlichkeit. Diese ist ausgeschlossen, wenn die Fähigkeit aufgehoben ist, die Vorgänge der Außenwelt richtig zu beurteilen und nach den Vorschriften der Gesetzgebung zu handeln. Demnach ist unzurechnungsfähig vor allem der Geisteskranke, ebenso auch der hochgradig geistesschwache und der, dessen Bewußtsein erheblich getrübt ist. (Bei aufgehobenem Bewußtsein ist überhaupt kein Handeln möglich.) Wie verhält es sich nun mit der strafrechtlichen Verantwortlichkeit der Trinkenden? Keine Schwierigkeiten machen erstens die Trunksüchtigen, die infolge ihrer Trunksucht völlig verblödet sind, die an Wahnvorstellungen leiden oder sich in Zuständen akuter oder chronischer deliriöser Verwirrtheit befinden. Sie sind als Geisteskranke zu betrachten. Das gleiche gilt zweitens von dem pathologischen Rausch, das heißt derjenigen Form geistiger Verwirrtheit, die durch den Alkohol ausgelöst wird, bei der aber die krankhafte Grundlage (Epilepsie, Kopfverletzungen usw.) die wesentlichste Ursache der abnormen Reaktion des Gehirns sind. Ich spreche nur da von einem pathologischen Rausch, wo es sich um den Rausch eines pathologischen Individuums handelt, und wo bestimmte klinische Erscheinungen dem Rausche ihre besondere Färbung geben. Bei allen diesen erwähnten Zuständen besteht kein Zweifel an der völligen Unzurechnungsfähigkeit. Anders bei den chronischen Trinkern, die nicht verblödet sind und nicht an Geistesstörung leiden. Sie müssen im allgemeinen als zurechnungsfähig gelten, soweit nicht akute Trunkenheit die strafrechtliche Verantwortlichkeit in Frage stellt. Damit komme ich zu der wichtigsten Frage, der nach der Zurechnungsfähigkeit des Berauschten.

(Schluß folgt.)

III. Referate.

Weitere Untersuchungen über Kuhmilchpräzipitin im Säuglingsblute. Von Privatdozenten Dr. Ernst Moro.

In Nr. 6. 1896 der „Münchener medizinischen Wochenschrift" machte Autor die vorläufige Mitteilung über den positiven Nachweis von Kuhmilchpräzipitin im Blute eines atrophischen Säuglings. Seit dieser Zeit war Autor in der Lage, das Blut von weiteren 21 Säuglingen auf die Gegenwart von präzipitabler Substanz und Präzipitin der Kuhmilch zu prüfen.

Die Untersuchung wurde außer in fünf Fällen (Venenpunktion) an dem gleich post mortem gewonnenen Herzblut ausgeführt.

Es gelangten vorwiegend Atrophiker zur Untersuchung. In allen Fällen wurde das übliche Verfahren angewendet, indem zum Nachweis des Präzipitins das Säuglingsblutserum (1—2 *cm*³) mit roher Kuhmilch (0·1 *cm*³ zum Nachweis der präzipitablen Substanz mit dem spezifischen Laktoserum in Reaktion gebracht wurde. Die von Rostoski empfohlene Serumverdünnung wurde in den meisten Fällen befolgt, jedoch leider nicht im Protokoll vermerkt. Das Laktoserum (Fälle 1—8) entsprach einem Titer von 1 : 1200, das zweite (Fälle 9—21) einem Titer von 1 : 400. Sämtliche Versuche wurden nach zweistündigem Verweilen der Proben im Thermostaten abgebrochen.

Außer dem bereits mitgeteilten Fall 1 ergab noch der Fall 10 positive Präzipitinreaktion.

Die Untersuchung auf präzipitable Substanz nach der oben angegebenen Methode war in sämtlichen Fällen negativ.

Von einer kürzlich erschienenen Mitteilung Bauers angeregt, bediente sich Aut. zum Nachweise der präzipitablen Substanz außerdem der von Moreschi eingeführten Methode der Komplementablenkung. Das Verfahren beruht darauf, daß ein Gemenge von Präzipitin und Präzipitogen Komplement zu binden vermag und so die Wirkung eines beigefügten Serumhämolysins aufhebt. Unter vier Fällen erhielt M. ein positives Ergebnis, während in den übrigen drei Fällen auch diese außerordentlich empfindliche Reaktion einen negativen Verlauf nahm.

Bauer berichtet über vier Fälle von positiver Präzipitinreaktion und beschreibt eingehend einen nach der Methode von Moreschi erhobenen positiven Befund von präzipitabler Substanz der Kuhmilch im Blute eines Atrophikers. Leider fehlen genauere Angaben über die Zahl der in diesem Sinne angestellten Untersuchungen.

Bauer behauptet, daß die Methode von Moreschi der Präzipitinreaktion wesentlich überlegen sei, indem letztere Fehler in der Beurteilung des Ergebnisses mit sich führen kann, die bei dem ersteren Verfahren ausgeschlossen sind. Demgegenüber muß Aut. hervorheben, daß die Methode der Komplementablenkung, gerade wegen ihrer enormen Empfindlichkeit, eine viel vorsichtigere Verwertung erfordert, als die absolut verläßlich und exakt arbeitende Präzipitinreaktion. Zur Bekräftigung dessen will Aut. nicht unerwähnt lassen, daß er in einem Vorversuche nach der Methode von Moreschi Hämolysenhemmung mit einem Serum erhielt, das sicherlich kein Rindereiweiß enthielt. Allerdings beschränkte sich das Phänomen nur anf die ersten Verdünnungen.

Immerhin scheint es nach dem Mitgeteilten sicher zu stehen, daß ein positives Ergebnis keineswegs zu den größten Seltenheiten gehört. Die klinische Bedeutung der erhobenen Befunde ist einer Fortführung der begonnenen Untersuchungen an einem größeren Materiale wert. (Münchener med. Wochenschrift Nr. 49.)

*

Welchen Einfluß hat das Röntgenverfahren auf das Handeln des Arztes bei Knochenbrüchen ausgeübt? Von Prof. F. König in Berlin-Grunewald.

1. Die Anwendung des Röntgenapparates hat unsere Kenntnisse über die pathologische Anatomie und Mechanik der Knochenbrüche in früher nicht geahnter Weise vertieft. Gleichzeitig hat sie auch zur Verschärfung unseres diagnostischen Könnens geführt.

2. Der Röntgenapparat hat nicht etwa die Semiotik im alten Sinn entbehrlich gemacht. Bei voller Beherrschung derselben ist seine Anwendung bei zahlreichen einfachen Brüchen praktisch vollkommen entbehrlich.

3. In vielen komplizierten Fällen ist er das einzige sichere Mittel zur brauchbaren Diagnose und Behandlung. Die Unterlassung der Untersuchung ist eine Unterlassungssünde, deren Folgen den Patienten und eventuell auch den Arzt treffen. Wir möchten für diese Fälle in dem gedachten Sinne die Untersuchung für obligatorisch erklären, welche ausgeführt werden muß, wenn nicht bestimmte äußere Hindernisse die Ausführung unmöglich machen.

4. Das Röntgenbild hat uns eine Anzahl von Frakturen überhaupt erst aufgedeckt.

5. Es ist in zahlreichen Fällen das Mittel, welches uns die Direktive für eine normale Verhältnisse herstellende Operation gibt (Deutsche med. Woch. Nr. 47.)

*

Diätetik der Wöchnerin. Von Geh.-Rat Dr. A. Hegar.

Die Vermögenslage der Wöchnerin bestimmt die Grenzen, bis zu welchen die hier zu besprechenden diätetischen Einrichtungen und Schutzmaßregeln durchgeführt werden können. Da wird man sich freilich oft bescheiden und mit weniger begnügen müssen. Sehr vermißt man bei der ärmeren Volksklasse geschulte Wärterinnen, welche besonders den ihr Kind stillenden Frauen zur Seite stehen und auch des Haushaltes sich annehmen. Die wohltätigen Vereine, welche sich der Fürsorge armer Wöchnerinnen widmen, tun zwar das mögliche, sind aber bei ihren unzureichenden Geldmitteln außerstande, längere Zeit hindurch Beistand zu gewähren.

Das Wochenzimmer soll geräumig sein, unzugänglich dem Staub und Lärm der Straße, aber zugänglich der Luft und dem Licht. Der Boden sei mit Linoleum belegt, welches sich feucht reinigen läßt, während Teppiche zu verbannen sind, und höchstens eine Bettvorlage gestattet werden sollte. Die Wände erhalten einen Anstrich von Öl oder auch von Wasserfarbe, was der Tapete entschieden vorzuziehen ist. Die Fenster haben keine Gardinen, einfache Stores und kleine Vorhänge. Während der guten Jahreszeit können sie den ganzen Tag, oder wenigstens stundenlang offen stehen, und auch während der Nacht sollte man für Lüftung sorgen. Während des Winters darf die Temperatur nicht über 17 bis 18° C steigen. Eine mäßige Verdunkelung des Zimmers ist nur während einiger Stunden nach der Geburt zweckdienlich. Sonst sorge man dafür, daß der Luftzug und einfallendes Licht nicht direkt Mutter und Kind treffe.

Die Ausstattung sei möglichst einfach. Nötig sind ein großer Tisch, ein Ruhebett und einige Rohrstühle. Der Nachttisch sollte von Eisen sein, während jetzt leider noch dies Möbel aus Holz angefertigt ist, so daß Riechstoffe leicht aufgenommen werden.

Auch das Bett ist am besten aus Eisen hergestellt, genügend lang und breit, mit Sprungfeder- und Roßhaarmatratze, einem schmalen, aber die ganze Breite des Bettes einnehmenden, mäßig hohen Roßhaarkissen.

Hemd und Jacke bilden die Bekleidung der Wöchnerin. Die Unterlagen, aus einem wasserdichten Stoff und darüber gebreitetem, zusammengelegtem Leintuch, müssen öfters des Tags gewechselt werden, wenigstens in der ersten Woche. Vor den Genitalien befindet sich ein Stück sterilisierter Watte, welches, sobald es durchfeuchtet ist, gewechselt wird. Dies soll die Entbundene nicht selbst tun, überhaupt nicht die Hand an die Genitalien und den After bringen. Die Pflegerin entfernt den Wattebausch mittels einer Pinzette.

Zur Reinigung der Genitalien, welche am Morgen und am Abend, sowie nach Stuhlgang und Urinentleerung vorzunehmen ist, wird ein Stechbecken untergeschoben, und nun läßt man aus einem Irrigator oder einem kleinen Gießkännchen abgekochtes Wasser vom Schamberg aus herablaufen. Ein Ausspülen der Scheide ist unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht notwendig und kann schädlich sein.

Da kurz vor und während der Geburt Stuhlgang herbeigeführt wurde oder von selbst eintrat, so ist dessen Herbeiführung in den ersten 2—3 Tagen nicht notwendig. Dann reiche man einen Löffel Rizinusöl oder ein anderes mildes Aperiens. Für die Folge genügen Klystiere, Glyzerinzäpfchen, geeignete Diät.

Man tut gut daran, die Frauen schon in der Schwangerschaft auf die Entleerung des Urins in der Rückenlage einzuüben. Nach der Geburt suche man sie, wenn irgend möglich, zur spontanen Entleerung der Harnblase zu veranlassen.



Nur im äußersten Notfall greife man zum sterilisierten Katheter. Da, wo das Geld keine Rolle spielt, nehme man den elastischen Katheter, so dick als möglich, welchen man, sobald weitere Applikationen nötig werden, mit einem neuen, stets umfangreicheren vertauscht. Instrumente von Glas oder Metall lassen sich zwar gut aseptisch halten, bringen aber leicht Abschürfungen des Epithels hervor, sobald sie nicht sehr sorgfältig gearbeitet sind und insbesonders keine dicken und abgerundeten Kanten an den Öffnungen haben.

Früher hat man den Wöchnerinnen etwa acht Tage lang nur Wassersuppen und sonstige spärliche Kost verabreicht. Davon ist man aber schon lange abgekommen. Doch erlaubt man vor der ersten Stuhlentleerung nur leichte Fleischsuppen mit Hafer, Gerste, Reis, Milch und einige weiche Eier mit etwas geröstetem Brot. Später leitet man allmählich die frühere Ernährung wieder ein, vermeide jedoch schwere Gerichte, übertriebene Fleischkost, schweren Kaffee und Tee und läßt nur bei daran gewöhnten Frauen leichte Alkoholika in geringer Menge zu. Für Personen, welche dem Kind die Brust geben, ist eine reichlichere Ernährung passend, wobei man sich aber sehr vor Übertreibungen hüten muß. Das Vollstopfen mit viel Fleisch, schweren Speisen, Wein und Bier führt leicht zu Indigestionen, Versiegen der Milch, vorzeitigem Eintritt der Menses. Man bedenke, daß ein erwachsener Mann bei tüchtiger körperlicher Arbeit nicht mehr als 120 *g* Eiweiß, 120 *g* Fett und etwa 250 *g* Kohlenhydrate bedarf. Viel mehr ist wohl auch für eine stillende Mutter nicht notwendig.

Früher hat man die Wöchnerinnen etwa acht Tage lang steif auf dem Rücken liegen lassen und Bewegungen verboten. Das ist nicht vorteilhaft. Große Ruhe ist nur in den ersten 24 Stunden passend. Später dürfen die Frauen gelegentlich eine Seitenlage einnehmen und die Extremitäten beugen und strecken. Auch passive Bewegungen sind zu empfehlen. Ehe man das Aufstehen anordnet, läßt man die Fran sich allmählich immer mehr aufrichten, wobei man den Rücken durch untergelegte Polster stützt. Am 10. bis 12. Tag dürfen die Wöchnerinnen aufstehen, bis zu dem Ruhelager gehen und sich einige Stunden hinlegen. Man leitet dann nach und nach den Übergang zu der früheren Tätigkeit ein.

Der Arzt hat noch weiterhin dafür Sorge zu tragen, daß die Körpertemperatur während der ersten sechs bis neun Tage zweimal in der Achselhöhle gemessen werde. Beträchtlichere oder häufigere, wenn auch mäßige Erhöhungen weisen mit Sicherheit darauf hin, daß nicht alles in Ordnung ist. Auch der Puls darf nicht vernachlässigt werden. Eine ungewöhnliche Frequenz ist immer verdächtig. Ist sie von längerer Dauer, so weist sie, auch wenn als erste Ursache ein stärkerer Blutverlust beschuldigt werden kann, auf Gefahren hin. Endlich hat der Arzt den Uterus und den Lochialfluß zu überwachen.

Nicht selten sehen wir im Verlauf des Wochenbettes Thrombosen in den Venen des Beckens und in der Vena saphena und cruralis, welche die Frauen lange Zeit an das Bett fesseln und zu den gefürchteten Embolien der Pulmonalarterie führen können. Man kann der Ätiologie nach zwei Gruppen dieser Erkrankung unterscheiden. In der einen sind es wesentlich mechanische Momente, Regelwidrigkeiten des Blutumlaufes, welche die Gerinnungen veranlassen. Ungenügende Tätigkeit des Herzmuskels bei degenerativen Prozessen, bei Chlorose, nach starken Blutverlusten begünstigen die Entstehung. Ebenso örtliche Störungen der Zirkulation bei Atherom, Venendilatationen an den unteren Extremitäten und im Becken, venöse Hyperämien des Unterleibes, die sogenannte Plethora abdominalis. Auch Stauungen bei Klappenfehlern, seltener bei Tumoren, sind hier zu nennen. Die Gefahr wird signalisiert durch die Gegenwart dieser ursächlichen Momente, durch eine dem Termin nicht entsprechende, beträchtlichere Größe des Uterus, durch langdauernde, stark blutige Lochien und einen frequenten kleinen Puls.

Durch eine vorbeugende, wesentlich diätetische Behandlung vermögen wir nicht selten den Eintritt des gefürchteten Übels zu verhüten. Das Nächste ist die Anordnung einer zweckmäßigen Lagerung, wobei die Unterstützungspunkte des Rumpfes möglichst ausgedehnt sind, so daß dieser vom Steißbein bis zum Hals auf der horizontalen Matratze ruht. Das Knie ist leicht gebogen und der Unterschenkel durch ein Spreuerkissen erhöht. Doch darf die Wöchnerin nicht stets oder lange Zeit hindurch auf den Rücken liegen, sondern muß öfters die rechte oder linke Seitenlage einnehmen, wo dann das Spreuerkissen weggenommen wird. Die unteren Extremitäten werden öfters passiv und aktiv bewegt. Auch leichte Massage und Streichungen dieser Teile sind zu empfehlen. Ein abnorm großer Uterus läßt sich durch Massage verkleinern. Doch muß man dabei sehr vorsichtig sein, damit man keine Pfröpfe in den Kreislauf befördert. Das Mittel paßt mehr für die erste Zeit nach der Geburt. Sowie man Verdacht hegt, daß bereits Thrombosen bestehen, muß die Massage unterbleiben. Dabei suche man das Allgemeinbefinden durch leicht verdauliche, doch kräftige Kost zu heben. Stärkere Reizmittel sind zu meiden und Alkoholika nur in geringer Menge zu gestatten. Bei auffallender Herzschwäche, sehr frequentem kleinen Puls gebe man Chinin in kleinen Dosen oder auch ein Chinadekokt. Auch ein Digitalispräparat leistet in diesen Fällen oft gute Dienste. Man gibt die Dosen rasch hintereinander bis zur vollen Wirkung, setzt dann aus und wiederholt diese Medikation nur noch einmal, sobald kein genügender Erfolg eingetreten war. Sobald der Eintritt der Thrombose einmal festgestellt ist, müssen Lagewechsel und Bewegungen aufhören. Die Wöchnerin hat nun ruhig zu liegen und jede stärkere Aktion der Bauchpresse zu meiden, weshalb für leichten Stuhlgang gesorgt und das Pressen unterlassen werden muß.

Bei der zweiten Gruppe der Thrombosen sind Infektionen als Ursachen zu beschuldigen. Die schweren Puerperalprozesse, welche man unter der Benennung Pyämie zusammenfaßt, sollen indes hier nicht besprochen werden, sondern leichtere Formen, welche entweder durch Auflagerung von Spaltpilzen auf der Intima oder wohl auch durch Lymphangitis in der näheren Umgebung und in der Adventitia der Blutgefäße entstehen. Ihres milderen Charakters wegen werden sie gewöhnlich der ersten Gruppe eingereiht und sind auch von den dieser angehörigen oft schwer zu unterscheiden. Doch fehlen bei der Infektion die mechanischen Momente, der Puls bleibt länger frequent, die Temperaturen sind höher, das Fieber länger dauernd. Auch treten die Krankheitserscheinungen meist früher auf, schon in den ersten Tagen nach der Geburt. Doch sehen wir Ausnahmen bei Spätinfektionen, welche, von Rissen und Epithelabschürfungen der Scheide, der Vulva und des Dammes ausgehend, die Ursache sein können. Man wird darauf seine besondere Aufmerksamkeit richten müssen. Die prophylaktische Therapie dieser Thrombosen kann nur in Verhinderung jeder Infektion während Geburt und Wochenbett bestehen. Frühzeitige Körperbewegungen sind hier im Gegensatz zu den mechanischen Thrombosen schädlich. Leider wird man der oft schwierigen differentiellen Diagnose wegen hier leicht in Fehler verfallen.

Weiterhin hat der Arzt dafür Sorge zu tragen, daß die Muskulatur der Bauchdecken und des Beckenbodens nicht dauernd geschädigt bleibe.

Eine nur mäßig fest angelegte Binde ist während des Aufenthaltes im Bett und nach dem ersten Aufstehen ganz zweckmäßig. Wichtiger noch sind die etwas später anzuordnenden gymnastischen Übungen, wie Erhebung des Oberkörpers aus horizontaler Lage bis zum Aufrechtsitzen, im Anfang mit Hilfe der aufgestützten Hände, später ohne diese.

Die Insuffizienz der Muskeln am Beckenboden ist teils durch Überdehnungen, teils durch Zerreißungen im Gebiet des Levator ani und constrictor cunni bewirkt. Zu rascher Durchtritt des Kopfes durch die nicht genügend vorbereiteten Weichteile trägt die Schuld. Insbesondere ist die Schädlichkeit der sogenannten Ausgangszange ber Erstgebärenden hervorzuheben. Ohne festgestellte Gefahr für die Mutter oder das Kind sollte dieses Instrument auch bei tiefem Stand des Kopfes nicht angelegt werden.



Eine der wichtigsten Aufgaben der Wochenbetthygiene ist die Einleitung und Regulierung des Stillgeschäftes, da hier nicht nur das Interesse der Mutter und des Kindes, sondern auch des Staates in Betracht kommt. In Deutschland spielt die Ernährung an der Mutterbrust gegenüber der künstlichen Auffütterung keine glänzende Rolle, daher die große Kindersterblichkeit im ersten Jahre. Diese beträgt etwa 20%, während in Skandinavien, wo fast alle Kinder gestillt werden, nur etwa 10% sterben, so daß bei einem gleichen Verhältnis in Deutschland 200.000 Kinder erhalten würden. Der Tod so vieler Kinder ist indes vielleicht noch nicht einmal das Schlimmste. Die, welche mit Surrogaten aufgefüttert und älter werden, sind zahlreichen Erkrankungen und Entwicklungsstörungen ausgesetzt und holen den Schaden gewöhnlich nie mehr ganz ein, so daß eine große Menge minderwertiger Individuen in die höheren Altersklassen von 20—40 Jahren einrücken, von deren Leistungsfähigkeit doch die Leistungsfähigkeit des ganzen Volkes wesentlich abhängt. Die japanischen Frauen stillen ihre Kinder fast ausnahmslos über ein Jahr.

Viele Frauen in Deutschland besitzen nicht die Fähigkeit, ihre Kinder an der Brust aufzuziehen, weil diese oder die Warze verkümmert sind. Das kann ein Erbfehler sein, welcher in mehreren Generationen einer Familie beobachtet wird, und gegen den eine zweckmäßige Zuchtwahl oder Kreuzung die besten Mittel wären. Diese werden jedoch in unserer Zeit noch wenig Anhänger finden und anstößig erscheinen, da über diese Dinge noch zu wenig Verständnis vorhanden ist, und auch die Folgen solcher Fehler unterschätzt werden. Doch könnte auch die Durchführung des Grundsatzes, nach welchem jede stillungsfähige Frau auch wirklich stillte, viel nützen, da hiedurch eine gute Selektion eingeleitet würde. Die an der Brnst genährten Kinder sterben nicht nur in viel geringerer Zahl als die aufgefütterten, sondern sind auch als Erwachsene kräftiger, gesünder und dem Kampf ums Dasein mehr gewachsen. Ihre guten Eigenschaften gehen auf die Nachkommen über. So verschöbe sich das Zahlenverhältnis zwischen beiden Gruppen zu ungunsten der künstlich aufgefütterten Individuen.

Häufiger ist wohl die Verkümmerung der Brustdrüse erworben, und zwar infolge einer Entwicklungsstörung.

Sind einmal alle Ursachen der Verkümmerung der Brustdrüse beseitigt, dann wird auch in der Regel einer richtigen Wochenbettdiätetik, nach welcher jede Mutter ihr Kind mit ihrer eigenen Milch zu ernähren habe, leicht zu befolgen sein. Der Arzt wird dann wenig Schwierigkeiten bei der Leitung des Stillgeschäftes haben, während heutzutage diese sehr bedeutend sein können. Sehen wir uns die Sachlage, wie sie uns im praktischen Leben begegnet, einmal näher an.

Zunächst soll der Arzt entscheiden, ob das Kind an die Brust zu legen sei oder nicht. Nicht selten läßt sich mit Sicherheit sagen, daß die Wöchnerin nicht imstande sein werde, ihr Kind zu stillen. Das Drüsengewebe ist spärlich und hat auch in der Schwangerschaft nicht oder nur wenig zugenommen. Es besteht eine ausgeprägte Hohlwarze oder eine zerklüftete Dornwarze, welche in extremer Form einem spitzen Kondylom gleicht, oder die Warze ist klein wie eine Erbse oder selbst Linse. Das ganze Individuum ist zurückgeblieben und zeigt weitere Entwicklungsstörungen, wie Hypoplasien der Zähne, welche vielleicht bereits zu Karies geführt haben. Endlich können eigentliche Krankheiten, wie Herzfehler, Morbus Bright., hochgradige Neuropathie, Leiden des Magens und Darms, akute und chronische Infektionen und Intoxikationen das Stillen verbieten. Dieses wird dann am besten von vornherein aufgegeben und kein Versuch gemacht. Ein Fehlschlagen oder die unter diesen Umständen leicht eintretenden üblen Folgen bringen das Stillen in Mißkredit und werden von Frauen, welche trotz guter Anlage nicht stillen wollen, als Entschuldigung ihrer Weigerung benutzt.

In anderen Fällen läßt sich mit Bestimmtheit sagen, daß die Wöchnerin ihr Kind an die Brust nehmen kann. Diese zeigt reichliches Drüsengewebe. Die Sekretion ist bereits eingeleitet, die Warze ist groß und gut geformt. Der ganze Körper ist voll ausgebildet, und der Gesundheitszustand läßt nichts zu wünschen übrig. Die Frau ist von ihrer Mutter gestillt worden und in der Familie ist es üblich, die Kinder an der Brust aufzuziehen. Endlich erfährt man vielleicht noch, daß die Wöchnerin nach einer früheren Niederkunft bereits ein Kind gestillt habe. Auf das Kind selbst kommt es übrigens auch an, und es ist viel gewonnen, wenn es ausgetragen und kräftig ist, die Warze sofort erfaßt und tüchtig saugt.

Bei einer großen Zahl der Frauen wird man von vornherein keine bestimmte Entscheidung treffen können. Ein Mischmasch guter und schlechter Eigenschaften besteht, und nur der Versuch kann entscheiden.

Der Arzt hat oft schon während der Schwangerschaft Gelegenheit, sich über die Stillungsfähigkeit einer Frau zu unterrichten und guten Rat zu erteilen. Er kann da recht viel tun. Die Kleidung darf nicht fest anliegen, keinen Druck auf die Brust ausüben, diese nicht zu warm halten und keine Schweißsekretion entstehen lassen. Auf die Warze und Umgebung legt man ein feines Leinwandläppchen. Sind, wie häufig, Krusten an der Warze, so werden sie mit Öl oder Glyzerin aufgeweicht und dann mit Seife weggewaschen. Sonst macht man täglich eine Waschung mit kaltem Wasser. Die Herstellung eines guten, widerstandsfähigen Epithels muß unsere Hauptsorge sein. Man empfiehlt zu dem Ende Auftupfen von Spiritus oder Galläpfeltinktur. Beim Abtrocknen soll man nicht wischen oder reiben, sondern vorhandene Flüssigkeit durch Aufdrücken von Watte oder Verbandgaze entfernen. Sehr gut wirkt die zeitweise Bepinselung mit einer schwachen Höllensteinlösung, 1%. Ebenso hat ein Luftbad oder Sonnenbad guten Einfluß. Ist die Warze platt oder wenig vorspringend, so bedient man sich in der letzten Zeit der Schwangerschaft eines Saugglases, um sie hervorzuziehen, wodurch auch die Sekretion der Drüse angeregt wird. Auch die Massage soll hier günstiger wirken. Dabei sorge man für Kräftigung des Allgemeinzustandes durch gute Ernährung und Spaziergänge in frischer Luft.

Das Kind werde nicht zu spät nach der Niederkunft, sondern nach etwa 12 Stunden angelegt, und dies dann alle drei Stunden wiederholt. Nur in der Nacht muß eine Pause von sieben bis acht Stunden gemacht werden, woran sich die Kinder im allgemeinen leicht gewöhnen. Vor dieser Pause lasse man das Kind beide Brüste austrinken, während man am Tage immer nur eine reicht. Freilich genügt dies nicht stets und man muß an beiden Brüsten trinken lassen, in welchem Falle dann Pausen von vier Stunden einzutreten haben.

Es ist von großem Vorteil, wenn das Kind die Brust rasch austrinkt, so daß die ganze Sache nicht länger als etwa 10—15 Minuten dauert. Man sorge dafür, daß das angelegte Kind die Nase frei hat und leicht atmen kann. Dann gibt es noch kleine Hilfsmittel, leichtes Klopfen auf das Gesäß, Hervorziehen der halben Warze aus dem Mund.

Die stillende Frau kehrt am besten nach den ersten Tagen des Wochenbettes allmählich zu ihrer früheren Ernährungsweise zurück.

Die Schrunden der Brustwarzen sind einer der größten, während des Stillens eintretenden Übelstände. Die Ursache kann an dem Kinde liegen, welches die Warze nicht rasch und fest genug packt, sie fahren läßt, dann wieder nimmt und daran herumknautscht. Besonders nicht ganz ausgetragene und schwächliche Kinder tun dies gern. Freilich muß man vorsichtig in der Annahme sein, daß der Säugling die Schuld trage; die Warze ist vielleicht schlecht gebildet, platt oder zu klein und erschwert dem Kind die Aufgabe. Die Brust kann sehr stark geschwellt sein, so daß die Warze gegenüber ihrer Umgebung wie eingesunken erscheint. Zuweilen fließt die Milch nicht leicht, obgleich die Drüse gut funktioniert. In diesen Fällen legt man einen anderen, älteren, kräftigen Säugling an die Brust, welcher sie einmal oder mehreremal vollständig austrinkt. Die Milchpumpe ist hiebei nur ein Notbehelf. Eine mangelhafte Sekretion veranlaßt das Kind zu vielen vergeb-



lichen Versuchen Milch herauszuziehen und, wenn es kräftig ist, solange damit fortzufahren, bis Blut kommt. Übrigens kann die Disposition zur Schrundenbildung so groß sein, daß auch da, wo die Sekretion nichts zu wünschen läßt und das Kind gut saugt, schon nach zweimaligem bis dreimaligem Anlegen die ersten Erscheinungen zur Abschürfung des Epithels bemerkt werden. Man hilft sich dadurch, daß man längere Pausen eintreten, immer nur eine Brust oder auch nur die am wenigsten oder nicht ergriffene Brust benutzen läßt. Bisweilen nützt auch ein Warzenhütchen, an welchem freilich die Kinder oft nur sehr unvollkommen saugen. Die größte Reinlichkeit ist notwendig, um Infektionen zu vermeiden. Waschung mit destilliertem Wasser und mit einer schwachen, 1—2%igen Borsäurelösung, sorgfältiges Trocknen der Warze durch Aufdrücken von etwas Verbandgaze, sind zu empfehlen. Bisweilen ist der Gebrauch einer frischbereiteten Zinksalbe oder auch einer 2—3%igen Borsalbe nützlich.

Ist die Schrundenbildung einmal bedeutend, so daß beträchtliche Schmerzen beim Anlegen des Kindes sich einstellen und jedesmal dabei Blut kommt, so hat das Stillen ein Ende. Man muß abbrechen, da sonst die Gefahr der Mastitis trotz aller Vorsichtsmaßregeln zu groß wird.

Nächst den Schrunden wird das Stillen am häufigsten durch eine unzureichende Funktion der Brustdrüse verhindert.

Man achte bei Abnahme oder Versiegen der Milchsekretion auf den Zustand des Sexualapparates. Das Stillen wirkt günstig auf dessen Rückbildung. Doch kann auch umgekehrt die Verzögerung und Unzulänglichkeit dieses Vorganges, begleitet von ungewöhnlichem Größerbleiben des Uterus, lange dauerndem, reichlichem, mit Blut vermischtem Lochialfluß, die Ursache der schlechten Funktion der Brustdrüse sein. Massage des Uterus, Ausspülungen der Scheide, aber auch der Gebärmutter, selbst vorsichtiges Kurettement können dann angezeigt sein. In seltenen Fällen verträgt der Säugling die Milch der eigenen Mutter nicht und leidet an Störungen im Magen und Darm. (Deutsche med. Woch. Nr. 47.)

*

Beitrag zur Lehre der Erblichkeit der Herzleiden im jugendlichen Alter (Myocardismus und Endocardismus hereditarius). Von Prof. Giovanni Galli.

Die Möglichkeit der Übertragung von Herzkrankheiten der Eltern auf die Kinder ist eine Tatsache, die bereits festgestellt worden ist. Sogar einzelne Symptome, die von Zirkulationsstörungen herrühren, können erblich sein, und Hoffmann hat auf dem letzten Naturforscherkongreß in Stuttgart auf diese Möglichkeit hingewiesen. Lang ist die Reihe der kasuistischen Beiträge zu dieser Frage. Es sind ganze Familien bekannt geworden, in denen diese Erblichkeit sich durch verschiedene Generationen hindurch nachweisen ließ. G. hat selbst eine solche Familie, in der durch drei Generationen sich Krankheiten des Zirkulationsapparates nachweisen ließen, beschrieben. Von 10 Gliedern dieser Familie haben 8 genannte Störungen aufgewiesen. Ohne Zweifel ist diese Erblichkeit ein ähnlicher Vorgang wie bei der Vererbung der Tuberkulose. Auch hier handelt es sich um die Übertragung der Disposition. Die Gewebe an sich sind anatomisch nicht krank und können bei der Beobachtung gewisser Vorsichtsmaßregeln leidlich funktionieren und unter günstigen äußeren Umständen sogar bis zum Normalmaß sich kräftigen. Tritt aber unter weniger günstigen Verhältnissen die Schwäche des Zirkulationsapparates in die Erscheinung, so können pathologische Einflüsse, selbst geringer Intensität, schon Krankheiten dieser Art hervorrufen. Huchard speziell hat seine Aufmerksamkeit diesem Kapitel zugewendet und einen besonderen Typus festgelegt unter dem Namen Aortisme héreditaire. Es handelt sich hiebei um eine verminderte Resistenz der Blutgefäße, so daß geringe Ursachen bei so veranlagten Individuen schwere Alterationen hervorrufen. Es ist, sagt der Autor, die Arteriosklerose verschieden lokalisiert und ruft bei den verschiedenen Generationen bald eine zerebrale Hämorrhagie, bald Aneurysmen, Aortenaffektionen (Stenose, Insuffizienz der Aortenklappen), auch arterielle Kardiopathien, bald interstitielle Nephritis hervor.

Es ist eben immer das Gefäßsystem, also Verzweigungen des Aortennetzes (daher der Name Aortisme héreditaire), das in den verschiedenen Organen erkrankt. Die Fälle, die Huchard beschrieben hat, betreffen Individuen vorgeschrittenen Alters. Und der Jüngste der von G. beschriebenen Familie zählt 40 Jahre. Auch Rosenbach gibt an, daß die ererbte Disposition zu Herzkrankheiten erst im vierten oder fünften Dezennium zu ausgesprochenen Störungen führt.

Anders verhält sich die Sache, wenn wir Endokardium und das Herzfleisch als den Sitz der Krankheit betrachten. In diesen Fällen führt die angeborene Disposition schon in jugendlichem Alter zu schweren Störungen. Es ist eine häufig zu machende Erfahrung, daß Kinder rheumatisch veranlagter Eltern zeitig akute Polyarthritis, kompliziert mit Endokarditis akquirieren und bei dieser Gelegenheit den Grund zu Herzkrankheiten in Form von Klappenfehlern legen. Und zwar kommt dies nicht nur an vereinzelten Fällen zur Beobachtung, sondern gar nicht selten bei mehreren Geschwistern derselben Familie. Hiefür kann G. folgende Tatsache anführen. Zwei Kinder einer rheumatisch veranlagten Mutter, die zwar erst später selbst an akutem Rheumatismus erkrankte, die Disposition dazu jedoch von ihrer Mutter schon in sich hatte, ohne daß diese bis dahin in die Erscheinung getreten wäre, erkrankten zeitlich getrennt an akutem Gelenksrheumatismus. Das ältere davon akquirierte einen Klappenfehler, das jüngere starb an der Komplikation mit Endokarditis. Die Mutter selbst starb später an dekompensiertem Herzfehler, den sie bei ihrer Erkrankung an akutem Rheumatismus davontrug.

Außer diesen beiden genannten Typen gibt es noch eine dritte Reihe von Fällen, die ebenfalls schon in jugendlichem Alter erkranken, d. h. diejenigen, welche die Neigung zu Erkrankungen des Myokards ererbt haben. Man begegnet nicht selten jugendlichen Individuen, die einen anämischen Eindruck machen, bei denen jedoch die Blutuntersuchung oft ein negatives Resultat ergibt.

Sie werden mit Eisen usw. behandelt, aber wie das nicht anders zu erwarten, ohne Erfolg. Sie haben einen schmalen, langen Thorax, sind häufig lang aufgeschossen, bekommen bei verhältnismäßig geringen Anstrengungen Herzklopfen und Atemnot, bisweilen auch Ohnmachtsanfälle, Übelkeit, schnell vorübergehende Sprachstörungen. Alle diese Symptome deuten auf eine verringerte Leistungsfähigkeit des Herzens. Und da bei der Untersuchung weder an den Gefäßen, speziell an der Aorta, noch an den Klappen dauernd irgend etwas Anormales festzustellen ist, muß man eine Schwäche des Myokards annehmen. Der Puls ist dabei frequent und der Blutdruck gering. Bisweilen auch ist ein systolisches Geräusch an der Herzspitze und ein gespaltener zweiter Pulmonalton in diesen Fällen nach Anstrengungen vorübergehend festzustellen. Wenn man in der Anamnese solcher Patienten genau nachforscht, findet man nicht selten genügend Anhaltspunkte zur Annahme eines vererbten Leidens.

Bei dem Myocardismus hereditarius steht der Muskel als solcher, das Parenchym in Frage.

Wollen wir nach dem Vorhergehenden die angeborene Anlage von Herzkrankheiten klassifizieren, so würden wir von einem Aortismus, Endocardismus und Myocardismus hereditarius sprechen, die gelegentlich zu drei verschiedenen Krankheitsgruppen sich entwickeln können, und zwar zur Arteriosklerose, zu Herzklappenfehlern und schließlich zu Herzmuskelerkrankungen. (Berliner klinische Wochenschrift 1907, Nr. 13.)

*

Therapeutische Sauerstoffeinblasungen in das Kniegelenk. Von Dr. Ludwig Rauenbusch.

Dem Orthopädenkongreß im Jahre 1905 wurde von Werndorf und Robinsohn eine neue Anwendung des Sauerstoffes in der Chirurgie demonstriert. Röntgenbilder von Gelenken, die man vor der Aufnahme mit Sauerstoff gefüllt



hatte, wiesen eine so ausgezeichnete Zeichnung auch der nicht knöchernen Bestandteile auf, daß wir von der neuen Methode für die Diagnose diesbezüglicher Erkrankungen bedeutende Fortschritte erwarten konnten, zumal sie bei Anwendung des von Wollenberg angegebenen Apparates, der der die Einblasung von selbst bereiteten, chemisch reinem Sauerstoff ermöglicht, so vereinfacht ist, daß wir sie in ausgiebiger Weise nachprüfen konnten. Besonders häufig gab uns das Kniegelenk mit seinem komplizierten intraartikulären Apparat hiezu Veranlassung. Über die Ergebnisse ist an mehreren Stellen berichtet worden.

Bei Gelegenheit dieser Sauerstoffeinblasungen machte R. nun eine überraschende Erfahrung. Mehrfach kamen nämlich an chronischen Entzündungen leidende Patienten einige Tage nach der Einblasung wieder und verlangten eine Wiederholung derselben, da ihre Schmerzen erheblich nachgelassen hätten. R. begann jetzt auf diesen Punkt zu achten und nahm, zuerst nur bei chronischer Arthritis und Arthritis deformans, in therapeutischer Absicht Sauerstoffeinblasungen vor. Unsere Erfahrungen damit waren ohne Ausnahme günstig. In erster Linie gaben die Patienten stets, meist schon nach der ersten, manche nach der zweiten oder dritten Einblasung an, daß die subjektiven Beschwerden abgenommen hätten. Die Fälle, bei denen gleich die erste Einblasung eine überraschende Wirkung hatte, waren leichterer Natur, wenigstens bezüglich des objektiven Befindens. Aber auch schwerere Fälle wurden so günstig beeinflußt, daß wir bei der völligen Gefahrlosigkeit des ganzen Verfahrens (strengste Asepsis ist allerdings Voraussetzung) und der Einfacheit und geringen Schmerzhaftigkeit des einzelnen Eingriffes sehr zu einer Nachprüfung raten können. Bezüglich der Handhabung des Sauerstoffapparates verweist R. auf die Arbeiten von Hoffa und Wollenberg. Man benutzt zur Einblasung eine dünne Kanüle, mit der man an einer beliebigen Stelle des Gelenkspaltes oder in den oberen Rezessus einsticht und das Gelenk prall füllt, während der Patient leichte Beug- und Streckbewegungen macht. Nachdem der Einstich mit einem kleinen Watte-Kollodiumverband verklebt ist, kann der Kranke sofort aufstehen. 1—2 Tage später ist der anfangs tiefe tympanitische Klopfschall verschwunden und der Sauerstoff nicht mehr nachzuweisen. Die Pausen zwischen den einzelnen Injektionen betrugen meist 1—3 Wochen.

Durch die guten Erfolge bei diesen Kranken bewogen, hat R. das Verfahren auch bei einigen Fällen von Synovialtuberkulose in Anwendung gebracht. Hiebei läßt man mit einer dickeren Kanülle erst den Erguß ab und benutzt dann dieselbe zur Füllung des Gelenkes mit Sauerstoff. Die Schmerzen schwanden auch in diesen Fällen meist schnell, und der Erguß verkleinerte sich, respektive blieb aus. Da absichtlich keinerlei weitere Maßnahmen getroffen, speziell keine Verbände angelegt wurden, dürfen wir eine günstige Beeinflussung des Krankheitsprozesses wohl annehmen.

Die außerordentlich schnellen Besserungen sind allerdings meist nicht von langer Dauer; nach mehreren Wochen muß die Einblasung noch einigemale wiederholt werden. Es ist ja auch selbstverständlich, daß wir eine Beeinflussung der knöchernen Wucherungen überhaupt nicht unmittelbar erwarten können, und auch Rückbildung der Kapsel- und Synovialisveränderungen kann sicher erst nach längerer Behandlung eintreten. Ob diese Einwirkung nun eine direkte ist, indem durch mechanische oder chemische Beeinflussung der Gewebe die Resorption gefördert wird, oder ob unmittelbar nur eine Herabsetzung der Schmerzen eintritt und nun infolge der freieren Beweglichkeit die weitere Besserung sich einstellt, darüber sind wir völlig im ungewissen, ebenso wissen wir nicht, ob sich durch die Behandlung eine wirkliche Dauerheilung, wenigstens in klinischem Sinne, erzielen läßt. Vorläufig ist das Verfahren rein empirisch begründet, seine Anwendung kann aber bei der oft großen Hartnäckigkeit der diesbezüglichen Erkrankungen und beim Versagen der gewöhnlichen Verordnungen wohl empfohlen werden. Noch weniger abschließend ist unser Urteil über die Fälle von Kniegelenktuberkulose, die wir mit Sauerstoffeinblasungen behandelt haben. In allen drei hier beschriebenen Fällen war ein sehr starker Erguß und dementsprechende Ausdehnung der Gelenkkapsel vorhanden.

Auch bei diesen Fällen steht die subjektive Besserung in erster Linie, doch gelang es, wenigstens auch den Erguß günstig zu beeinflussen. Ob eine definitive Heilung der Synovialtuberkulose auf diese Weise zu erreichen ist, müssen weitere klinische und experimentelle Erfahrungen zeigen.

Hoffa hat noch eine weitere therapeutische Verwertung der Sauerstoffeinblasung kurz veröffentlicht; er hat nämlich nach Punktion eines Hämarthros das Kniegelenk mit Sauerstoff prall gefüllt, um durch Kompression der Synovialgefäße eine Wiederkehr des Ergusses zu verhindern. Diese rein mechanische Wirkung der Spannung und Entfaltung der Kapsel läßt sich vielleicht mit Vorteil benutzen, um nach der gewaltsamen Sprengung fibröser Ankylosen eine Wiederverwachsung zu verhindern, indem man alle 3—4 Tage eine Einblasung vornimmt. Bedingung ist allerdings, daß die Kapsel selber nicht eingerissen ist, da dann der Sauerstoff durch die Lücken in das benachbarte Gewebe eindringen würde. Dieses Sauerstoffemphysem ist zwar völlig gefahrlos, aber der Zweck der Einblasung wäre natürlich verfehlt. Abgeschlossene Erfahrungen über diese Methode stehen R. noch nicht zur Verfügung, jedoch hofft er in Bälde darüber berichten zu können. („Berliner klinische Wochenschrift" 1907, Nr. 13.)

IV. Aus der Praxis.

Die therapeutische Wirkung des Extractum Chinae Nanning. Von **Karl Ganz.** (Fortschritte der Medizin Nr. 28, 24. Jahrg.)

Der Hauptrepräsentant der Amara ist die Chinarinde und deren Präparate. Die österreichische Pharmakopoe schreibt die Rinde der Chinchona succirubia Pavon vor, die nicht weniger als 5% an Alkaloiden besitzen darf. Die wichtigsten Bestandteile sind eine Reihe von Alkaloiden.

Das Extractum Chinae Nanning hat einen fast konstanten Alkaloidgehalt von 5%, der der Vorschrift der Pharmakopoe also entspricht. Nachdem zahlreiche Abhandlungen von Autoren, wie Poszvek, Toff, Thomalla, Hirschkron, Bolen, Silberstein, Schuppenhauer, Goldmann, über die Wirkung des Extractum Chinae Nanning vorliegen, die sich lobend über dessen Wirkung ausdrückten, steht Ganz auf Grund seiner eigenen Erfahrungen mit diesem Mittel nicht an, dasselbe als eines der besten Stomachica zu bezeichnen, dessen therapeutische Wirksamkeit noch erhöht wird durch seine fäulnis- und gährungshemmenden Eigenschaften.

Ganz hat Extractum Chinae Nanning in einer großen Zahl von Fällen bei akutem und chronischem Magenkatarrh, bei Rekonvaleszenz nach Infektionskrankheiten, bei Dyspepsie, bei Tuberkulose, Hyperemesis gravidarum und Magendilatation, nervösen Dyspepsien, bei Verdauungsstörungen im Gefolge von Anämie und Chlorose verordnet und war stets mit der Wirkung sehr zufrieden.

Auf Grund seiner Beobachtungen mit Extractum Chinae Nanning erklärt er, daß dasselbe durch seine appetitanregende und verdauungsbefördernde Wirkung auf organische Erkrankungen des Magens, sowie bei Dyspepsien mit nicht anatomischen Erkrankungen der Magenschleimhaut einen heilbefördernden Einfluß ausübt, gegenwärtig in seiner Wirkung beinahe von keinem Mittel übertroffen wird. Ganz kann daher das Extractum Chinae Nanning allen Kollegen aufs wärmste empfehlen.

Ad. Schmidt, **Über die Behandlung des Magengeschwürs.** (Fortsetzung.)

Wir wollen hier gleich noch einen dritten Vorschlag anreihen, den Senatorschen. Senator will die Vorteile beider Regime vereinigen und die Nachteile ausschalten, indem er eine Nahrung zusammenstellt, welche hinreichend nahrhaft ist, ohne den Magen durch Umfang und Schwere zu



belästigen, daneben säurebindend wirkt und die Neigung zu Blutungen bekämpft. Dieses glaubt er am besten durch eine Kombination von Glutin (Leim, Gelatine), Fett und Zucker neben geringen Mengen Eiweiß zu erzielen. Den Leim kann man in Gestalt von Kalbsfuß oder Huhngelée, eventuell auch als Decoct. Gelatinae geben; für das Fett schlägt Senator außer Sahne den Gebrauch von Mandelmilch oder von gefrorenen Butterkügelchen vor. Ihre blutstillende Fähigkeit soll die Gelatine auch im Magen entfalten können, außerdem wirke sie in hohem Grade eiweißsparend.

Praktisch haben sich nach den Versicherungen ihrer Autoren alle drei Kostordnungen bewährt. Mißerfolge der Ulkuskur kommen natürlich überall vor, und wer wollte dafür nur die Diät verantwortlich machen? Ich persönlich erkenne den Hauptpunkt der Lenhartzschen Diät, die Vermeidung der Unterernährung für berechtigt an, kann aber ebensowenig wie Minkowski meine Bedenken bei frischen Blutungen unterdrücken. Auch kann ich mich nicht unbedingt der Forderung anschließen, die Hyperazidität mit großen Gaben von Eiweiß (Eier, Hackfleisch) zu bekämpfen. Bei höheren Graden von überschüssiger Salzsäureabscheidung ziehe ich vielmehr eine kohlehydratreiche Schonungsdiät vor.

Was die Senatorschen Vorschläge betrifft, so ist die Empfehlung von Leim, Mandelmilch und gefrorener Butter als eine Erweiterung der Ulkusdiät unzweifelhaft zu begrüßen; die Vorstellung aber, daß die Gelatine im Magen, wo sie durch den Verdauungssaft verflüssigt wird, ebenso blutstillend wirke wie bei unveränderter Aufnahme ins Blut, kann ich nicht akzeptieren.

Der Hauptvorteil der Lenhartzschen und Senatorschen Vorschläge liegt darin, daß sie uns von der allzu schematischen Verfolgung des Leubeschen Speisezettels entwöhnen. Bleiben wir ruhig bei dem Schonungsprinzip, worauf er aufgebaut ist, aber erweitern wir die Kost, wo es irgend angängig ist und besonders da, wo die Kräfte es erfordern, frühzeitiger als es von Leube vorgeschrieben ist, durch Zulage von Eiern, Gelatine, Butter, Sahne, Mandelmilch, Zucker, etwas Wein, meinetwegen auch von Milchreis. Mit Hackfleisch und geschabtem Schinken seien wir aber vorsichtig: das rohe Bindegewebe stellt an die Verdauungskraft des Magens die größten Ansprüche von allen Verdauungsmitteln!

Soviel über die Diät bei der gewöhnlichen, nicht durch schwere Blutung komplizierten Ulkuskur. Nur mit wenigen Worten möchte ich noch auf die arzneiliche Therapie des Ulkus eingehen.

Die Leubesche Verordnung von täglich einem Glas Karlsbader Mühlbrunnen (früh nüchtern, schluckweise und warm zu trinken) hat sich zur Regulierung des Stuhles bewährt. Ob und in welcher Weise sie die Saftsekretion des Magens beeinflußt, steht dahin. Von weiteren Mitteln kommen eigentlich nur noch in Betracht das Wismut und das Argentum nitricum, abgesehen natürlich von kleinen Dosen schmerzstillender Mittel (Belladonna, Codein, Opium), die bei heftigen Schmerzen nicht zu entbehren sind.

Die Kussmaulsche Wismutbehandlung besteht darin, daß man anfangs täglich, später alle zwei Tage 10—20 *g* Bismut. subnitric. in 200 cm^3 Wasser aufgeschwemmt, dem Kranken durch die Schlundsonde in den vorher gründlich gereinigten Magen einbringt, ihn sofort auf die Seite legt, an der man das Geschwür vermutet, und etwa $^1/_4$ Stunde mit abgeklemmter Sonde liegen läßt, damit sich das Wismut auf dem Geschwürsboden absetzen kann. Danach wird das Wasser durch die Sonde wieder abgelassen und letztere entfernt. Statt der Eingießungen kann man in den meisten Fällen die Aufschwemmung auch schnell trinken lassen. Daß das Wismut sich auf die Geschwürsfläche als schützende Decke legen kann, ist durch anatomische Beobachtungen sichergestellt. Über den praktischen Wert der Wismuttherapie gehen indeß die Ansichten noch weit auseinander. Meistens wird man sie während der Ruhekur entbehren können, doch ist ein Versuch unter allen Umständen erlaubt. Die Höllensteinbehandlung kann ebenfalls mittels der Sonde (Ausspülungen mit 1 % Argentum nitricum-Lösungen nach vorausgegangener Waschung) oder durch Eingabe einer 0·1 % Lösung (eßlöffelweise eine Viertelstunde vor dem Essen) geübt werden. Sie eignet sich besonders für ambulante Behandlung in der Rekonvaleszenz.

Die hier besprochene gewöhnliche Ulkuskur, die diätetische Ruhekur, führt innerhalb des üblichen Zeitraums von vier bis sechs Wochen in einer großen Anzahl von Fällen eine so vollständige Beseitigung aller Symptome und Beschwerden herbei, daß man berechtigt ist, von Heilung zu sprechen. In zweifelhaften Fällen, wenn die Schmerzen nicht nachlassen oder die Webersche Probe noch Blutspuren in den Fäzes nachweist, muß sie verlängert werden. Überhaupt ist es gut, die Patienten nach beendeter Kur nicht sofort wieder ihre Tätigkeit aufnehmen zu lassen und ihnen volle Freiheit der Ernährung zu gestatten. Als Nachkur empfiehlt sich eventuell eine milde Kur in Karlsbad oder der Aufenthalt in einer Sommerfrische zur Hebung der allgemeinen Körperkräfte.

Bleibt trotzdem der Erfolg aus oder stellen sich innerhalb kurzer Zeit wiederholte Rückfälle ein, so tritt die Frage eines operativen Eingriffes an uns heran. Ich meine hier speziell die Fälle, wo nach Erschöpfung aller uns zur Verfügung stehenden inneren Methoden dauernde Schmerzen in der Magengegend mit Erbrechen oder mit zeitweiser völliger Nahrungsabstinenz zurückbleiben, so daß das Allgemeinbefinden und die Gesamternährung schwer geschädigt bleiben und die Patienten unfähig zur Arbeit sind. Ich für meine Person empfehle unter solchen Umständen, zumal wenn dabei Hypersekretion und zeitweise verlangsamte Motilität des Magens bestehen, immer die Operation, d. h. die Gastroenterostomie (nicht die Exzision des Ulkus), und habe die Freude gehabt, verschiedene meiner Patienten auf diesem Wege der Arbeit und dem Lebensgenusse zurückgegeben zu haben. Wer in einer solchen Lage das verhältnismäßig geringe Risiko der Operation (etwa 10 % Mortalität nicht tragen will, dem ist schwer zu raten. Wenn auch spontane Heilungen durchaus möglich sind, so vergehen doch meist viele Jahre darüber, in denen die Patienten sich von Arzt zu Arzt und von einer Kur zur anderen schleppen.

Wenden wir uns jetzt zu den Komplikationen, welche die Durchführung der regulären Ulkuskur unmöglich machen, so stehen im Vordergrunde die Blutungen, ich meine die schweren, respektive wiederholten Blutungen, denn die leichten Grade der Hämatemese stören nicht. Als allgemein anerkannte Maßregeln kommen hier zunächst in Betracht: absolute körperliche und geistige Ruhe, Eisblase auf die Magengegend und, falls Brechreiz besteht oder der Kranke aufgeregt ist, ein Narkotikum (Opium und Belladonna in Zöpfchen oder Morphium subkutan). Was die Nahrungsaufnahme betrifft, so besteht die Mehrzahl der Ärzte, im Gegensatz zu dem Lenhartzschen Vorschlage, auf der Forderung absoluter Enthaltung. Höchstens kann man, wenn großer Durst vorhanden ist, Eispillen im Munde zergehen lassen. Die Ernährung geschieht ausschließlich per Klysma, und zwar, wenn sie vertragen werden und der Allgemeinzustand des Kranken eine vorübergehende Unterernährung erlaubt, für längere Zeit.

(Schluß folgt.)

V. Notizen.

Professor Urbantschitsch. Am 10. d. M. wurde der bekannte Otologe Professor Dr. Viktor Urbantschitsch 60 Jahre alt. Dem jugendlichen und arbeitsrüstigen Jubilare wurden zahlreiche Gratulationen und Sympathiekundgebungen zu Teil. Auch wir beglückwünschen den verehrten Mann und freuen uns, ihn zu unserem Besitze zählen zu dürfen. Unter dem vielgeschmähten, aber auch nicht wenig gerühmten Epigonentum nimmt U. einen hervorragenden Platz ein. Die auf die „große Schule" Rokitansky-Skoda usw. folgende Generation, die durch die Namen Stricker, Ludwig, Politzer, Kaposi, Stoerk, Meynert, Ludwig Mauthner, Benedikt, Oser, Winternitz, Exner, Fleischl und noch viele andere charakterisiert ist, enthält in ihren jüngsten Ausläufern auch den Ohrenarzt U. Er begann die wissenschaftliche Ar-



beit frühzeitig. Er habilitierte sich mit 25 Jahren für das Fach, welches damals durch die zwei glänzenden Namen Gruber und Politzer repräsentiert war. Im Jahre 1872 wurde nämlich in Wien die allgemeine Poliklinik gegründet und das Bedürfnis nach einem Ohrenarzt in dieser Anstalt wurde durch Urbantschitsch, der durch tüchtige anatomische und physiologische Vorbildung für dieses Fach sehr geeignet schien, befriedigt. So gehört er zu den Gründern der Poliklinik, der er noch immer angehört und zu deren Zierden er zählt. Die Anfangsgründe seines Faches erlernte er, wie es damals kaum anders möglich war, bei Politzer, doch stellte er sich bald auf eigene Beine. Er kultivierte vornehmlich den physiologischen Teil des Gehörsinnes, auf dessen Gebiete er eine Menge neuer Tatsachen fand. Er dehnte sein Forschungsgebiet aber über die anderen Sinnesorgane aus, notgedrungen, weil er bei seinen Forschungen auf die Verbindungen stieß, die zwischen allen Sinnesorganen bestehen. So entwickelte er sich allmählig zum eigentlichen Sinnesphysiologen. Aber er blieb den Fortschritten der Ohrenheilkunde gegenüber nicht untätig. Die Ausbildung der chirurgischen Therapie seines Faches findet auch ihn an der Arbeit und er trägt sein redlich Teil bei zur Ausgestaltung dieser Richtung. So sieht dieser elastische, muntere 60jährige auf eine rühmliche Vergangenheit zurück, gleichwohl noch eine schöne Zukunft vor sich erblickend. Er ist berufen, den ruhmvollen Traditionen unserer Schule, deren Signatur durch die Namen Politzer und Gruber und eine prächtige Schar jugendlichen tüchtigen Nachwuchses gegeben ist, fortzusetzen und zu noch höherem Glanze emporzutragen. Er ist zum Nachfolger des in die Ruhe des Alters tretenden, wiewohl ebenfalls noch jugendlich-rüstigen Politzer designiert. Nur ungern sieht die Poliklinik ihn aus ihrer Mitte scheiden, aber der größere Wirkungskreis, der ihm nunmehr blüht, muß alle Bedenken und alles Bedauern verdrängen. Heil sei ihn beschieden in seinem ferneren Lebenslaufe. S. K.

Dr. Anton Loew †. Am 14. d. M. ist Dr. Anton Loew im Alter von 59 Jahren in Wien gestorben. Er war der Gründer des bekannten Sanatoriums. Bei der im Laufe der Zeit notwendig gewordenen Vergrößerung und Ausgestaltung des Sanatoriums verfolgte Loew weiterhin seine eigenen ersprießlichen Ideen in der Errichtung von Operationssälen mit Oberlicht und eigenen Narkoseräumen, in der Einführung von aseptischen Krankenzimmern durch Ölanstrich und Ausstattung mit waschbaren Möbeln. Durch diese Neuerungen wurde Loew so bekannt und geschätzt, daß er häufig bei Errichtung ähnlicher Institute als Fachmann zu Rate gezogen wurde. So wurden unter anderem das Maria Theresia-Frauenhospital und die Erweiterung des Rotschild-Spitales nach den von ihm angeregten Entwürfen und von ihm geprüften und gebilligten Plänen gebaut und eingerichtet. Neben seiner Tätigkeit im Sanatorium entfaltete Loew, nachdem er im Jahre 1884 in den Bundesausschuß der Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz durch den damaligen Präsidenten Baron Tinti berufen und nachher im Jahre 1881 infolge seiner hohen Verdienste zum Vizepräsidenten dieser Gesellschaft erwählt worden war, eine vielseitige organisatorische Wirksamkeit. Er nahm den regsten Anteil an der Ausgestaltung der sogenannten freiwilligen ersten Hilfe, der Vorbereitungen für einen eventuellen Kriegsfall durch Einführung der „Verbandpäckchen“, Errichtung von Vereinsreservespitälern und Blessiertentransportkolonnen, sowie durch Herausgabe von Instruktionen für die Verpflegung und den Transport von Verwundeten. Seinen reichen Schatz von Erfahrungen und Kenntnissen widmete er auch einem Lieblingswunsche unseres unvergeßlichen Billroth, unserer ersten und vornehmsten Gesellschaft der Ärzte ein eigenes Heim zu gründen, dessen Ausführung aber bis dahin an den kargen Mitteln der Gesellschaft gescheitert war. Um diesen Gedanken zu verwirklichen, bot Loew seine Tatkraft auf, und es gelang ihm auch, in Gemeinschaft mit Billroth die zur Errichtung des Heims notwendigen Fonds unter Mithilfe der Mitglieder der Gesellschaft aufzubringen. Von einem Baukomitee, aus Billroth, v. Schrötter und Loew bestehend, wurde nun das nach Ideen von Loew von dem Architekten Richter ausgearbeitete Projekt einhellig angenommen, und Billroth konnte die letzte Freude seines Lebens, die Eröffnung des im vornehmsten Stil erbauten Gesellschaftshauses am 27. Oktober 1893 erleben. Dank der Tätigkeit Loews als Vermögensverwalter dieser Gesellschaft wurden ihre Finanzen saniert und die Gesellschaft instand gesetzt, der Ausgestaltung der Bibliothek, durch Erwerbung seltener Werke und Vermehrung der wissenschaftlichen Archive größere Summen zuzuführen, so daß die Gesellschaft der Ärzte sich rühmen kann, die zur Zeit reichhaltigste Auswahl aller medizinischen Archive der Welt in ihrem Lesezimmer aufliegen zu haben.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 40. Wien, 5. Oktober 1907. **Nr. 40.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Beziehungen zwischen Alkohol und Paralyse.*)

Von **Dr. Delbrück**, Direktor der Irrenanstalt Bremen.

Von jeher finden wir Alkoholmißbrauch als Ursache der Paralyse bezeichnet. Er wurde jedoch zumeist nur neben vielen anderen: der Syphilis, der körperlichen und geistigen Überanstrengung, den Einwirkungen großer Hitze, dem Kopftrauma usw. genannt. Bei solcher Mannigfaltigkeit von Krankheitsursachen wird man immer mißtrauisch sein, ob der einzelnen überhaupt eine wesentliche Bedeutung zukommt. In den letzten Jahrzehnten hat sich die Sachlage aber nun wesentlich geklärt. Einerseits haben zahlreiche Forschungen und Erwägungen der verschiedensten Art dazu geführt, daß man unter den vielen oben angeführten Ursachen ganz allgemein der Syphilis eine besonders hervorragende Bedeutung beimißt. Andererseits hat sich unsere Diagnostik in dem Maße vervollkommnet, daß wir gerade die Dementia paralytica als wohl charakterisiertes Krankheitsbild kennen gelernt haben, das sich, wie kaum ein anderes, von den übrigen Krankheitsbildern abgrenzen läßt. Insbesondere lernte man eine der Paralyse ähnliche, aber nicht mit ihr identische Krankheitsform kennen, die man auch wohl als alkoholische Paralyse bezeichnet hat, für die Alkoholmißbrauch als wesentliche bezw. einzige Ursache namhaft gemacht wurde. Da lag es nahe, anzunehmen, daß die echte Paralyse in ihrer eigenartigen Form nicht in 80—90% der Fälle durch die Syphilis, in 10—20% aber durch irgendwelche ganz andere Ursache bedingt wird, sondern in allen Fällen lediglich von der ersteren hervorgerufen wird. Demgemäß sind denn auch zahlreiche Autoren zu der Überzeugnng gekommen, daß es keine Paralyse ohne vorhergegangene syphilitische Infektion gibt. Ich selbst habe seit langem diese Ansicht, und obwohl ich sonst gewiß geneigt bin, dem Alkohol mancherlei pathologische Erscheinungen zuzuschreiben, so glaube ich ihn doch gerade für die Paralyse als ätiologisches Moment ausschließen zu müssen und habe bei Erhebung der Anamnesen ihm nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

*) Vortrag, gehalten am IV. Deutschen Abstinententag Barmen-Elberfeld, Oktober 1906.

Nun sind aber in diesem Jahre zwei Arbeiten erschienen von Kraepelin[1]) im April, von Mongeri[2]) im März, die mich in meiner bisherigen soeben gekennzeichneten Ansicht sehr schwankend gemacht haben. Übrigens hatte sich Boissier schon auf dem Wiener Kongreß in ähnlichem Sinne geäußert[3]).

Mongeri betont, daß man gegen die Theorie der Syphilis als ausschließliche Krankheitsursache das sehr beachtenswerte „Argument der Araber" angeführt habe: Bei den Arabern in Algier, ebenso bei den Türken, bei den Chinesen und Japanern ist bekanntlich die Syphilis ungeheuer verbreitet, und trotzdem findet man bei diesen Rassen außerordentlich selten Paralyse. Dem gegenüber haben nun allerdings schon Voisin und Scherb (nach Boissier) angegeben, daß in Algier die Paralyse allerdings bei Hirten und Landleuten eine außerordentliche Seltenheit ist, in den Städten aber in neuerer Zeit immer häufiger vorkommt, und zwar speziell bei denjenigen Arabern, die, von den Europäern dazu verführt, die Vorschriften des Korans außer Acht lassen und sich dem Alkoholgenuß ergeben haben. Ähnliche Beobachtungen will man in China und Abessinien gemacht haben, und auch Forel hat auf dies Moment, bezüglich Algier, hingewiesen. Genauer ist aber, soviel ich sehe, auf diese Frage bisher nur Mongeri eingegangen, gestützt auf ein zwar kleines, aber sorgfältig untersuchtes Krankenmaterial. Dasselbe setzt sich zusammen aus Beobachtungen in zwei Hospitälern in Konstantinopel, von denen das eine nur Armenier, das andere aber Angehörige aller verschiedenen in Konstantinopel ansässigen Rassen und Konfessionen aufnimmt. Er konnte bei seinen 144 Krankheitsfällen von Paralyse in 90% sicher Syphilis nachweisen, ist aber der Überzeugung, daß sie tatsächlich in 100% vorgelegen hat. Im übrigen weist er nun darauf hin, daß auf Grund der verschiedenartigen, durch Konfession und sonstige Sitten bedingten Lebensgewohnheiten bei den Armeniern Alkoholismus und Syphilis in gleicher Weise sehr verbreitet sind, bei den muselmännischen Türken dagegen die Syphilis außerordentlich häufig, der Alkoholismus eine große Seltenheit, bei den Griechen umgekehrt die Syphilis

[1]) Münchener med. Wochenschrift April 1906.
[2]) Zentralbl. f. Nervenkr. u. Psychiatrie März 1906.
[3]) Ber. ü. d. VIII. Intern. Kongr. gegen den Alkoholismus in Wien 1901. S. 101.



sehr selten, der Alkoholismus aber recht häufig ist. Demnach müßte, wenn der Alkohol ohne Einfluß auf die Paralyse wäre, der Alkoholismus bei den verschiedenen Rassen in Mongeris Statistik in sehr verschiedener Häufigkeit vorkommen. Er findet ihn aber in seiner Gesamtstatistik in 56—71%, bei den Griechen in 61—69% und bei den Türken in 58—70%. (In den höheren Zahlen sind auch die Fälle von wahrscheinlichem, in den niederen nur die von sicher nachgewiesenem Alkoholismus gezählt.) Unter dem aus Angehörigen verschiedener Rassen zusammengesetzten Krankenmaterial finden sich etwa 25% Muselmänner. Dies beweist, daß auch bei diesen die Paralyse in Konstantinopel nicht so selten ist, wie man sonst anzunehmen pflegt; und die obigen Zahlen legen die Vermutung sehr nahe, daß der Alkoholmißbrauch unter den Syphilitikern eine Auslese trifft und sie zur Paralyse in hohem Grade prädestiniert. Beiläufig sei erwähnt, daß Mongeri neben dem Alkoholismus noch Heredität und Überanstrengung als prädestinierende Momente für Paralyse bei Syphilitischen nennt.

Den Alkoholmißbrauch als auslesenden Faktor zu betrachten, zwingen nun ferner verschiedene Zahlen Kraepelins. Er fand ihn bei seinen Paralytikern in München in 46% aller Fälle, und zwar in 51·9% bei den männlichen, in 35·9% (!) bei den weiblichen Paralysen; diese letztere Zahl ist insofern besonders beweiskräftig, als bei den Weibern, die an Dementia praecox erkrankt waren, für die der Alkoholmißbrauch keine ursächliche Rolle spielt, derselbe nur in 4% der Fälle nachgewiesen werden konnte. Mit Recht weist Kraepelin ferner darauf hin, daß für jene Annahme auch das Verhältnis der Häufigkeit der Paralyse bei Männern, Frauen und Kindern spricht. Sie ist bekanntlich am häufigsten bei dem am stärksten alkoholisierten männlichen Geschlecht; bei den im ganzen nüchternen Frauen, vollends bei den Kindern, sehr selten, obwohl ja hereditäre Syphilis bei Kindern verhältnismäßig oft vorkommt. Das Verhältnis der männlichen zu den weiblichen Paralysen betrug in München 1881 5:1, im letzten Jahre aber 2:1, wahrscheinlich infolge des Anwachsens des Bierkonsums bei den Weibern. Auch Gaupp[4]) weist auf diese Beziehungen hin und glaubt insbesondere die hohe Zahl weiblicher Paralysen in München im Vergleich mit anderen Großstädten dadurch erklären zu müssen, daß München in seinen Kellnerinnen ein großes Kontingent syphilitischer alkoholischer Weiber stellt. Endlich sei nun noch erwähnt, daß nach Boissier in Frankreich die Häufigkeit der Erkrankungen an Paralyse immer mit derjenigen an Alkoholismus parallel geht. Auch er betrachtet die Syphilis als conditio sine qua non für die Paralyse, den Alkohol aber als auslesenden Faktor. Und in der Tat scheint mir diese Erklärung für die zunehmende Häufigkeit der Paralyse in Frankreich einleuchtender als diejenige Dührings, der dafür die dort übliche Quecksilberbehandlung verantwortlich machen will.

Wenn nun diese Erwägungen und statistischen Tatsachen uns nötigen, im allgemeinen engere Beziehungen zwischen Syphilis und Alkoholismus hinsichtlich der Paralyse anzunehmen, so fehlt es auch nicht an Vermutungen über das Wesen dieser Relation. Schon Boissier wies in seinem Wiener Vortrag darauf hin, daß Alkoholismus und Syphilis in gleicher Weise speziell einen destruktiven Einfluß auf die Gefäße ausüben; man kann sich also leicht vorstellen, daß sich bei Koinzidenz der Krankheitsursachen die Wirkungen kumulieren. In der Diskussion trat Ullmann[5]) dieser Ansicht bei und betonte, daß sich die Prognose der Syphilis bei Alkoholikern wesentlich schlechter stellt als bei Nüchternen. Er untersuchte diesen ursächlichen Zusammenhang an einem großen Wiener Material und zählte bei der malignen Form der Syphilis Ulcerosa praecox 90% Alkoholismus. Insbesondere betont er ferner die wichtige Rolle, die Leber und Nieren für die Ausscheidung des Quecksilbers in der Therapie des Syphilis spielen und hebt die Häufigkeit des Merkurialismus bei Potatoren hervor, der bei ihnen die Quecksilberbehandlung oft unmöglich macht. Die gleiche verhängnisvolle Wechselbeziehung hebt auch Düring hervor und Mongeri schenkt der Beschaffenheit von Leber und Nieren in seiner Statistik besondere Aufmerksamkeit, dabei zum gleichen Resultat wie die anderen Autoren kommend.

[4]) Münchner med. Wochenschr. 1906, S. 1250. Münchner med. Wochenschr. 1902, S. 37.

[5]) Ber. a. d. VIII. Internat. Kongr. gegen d. Alkoholismus in Wien 1901, S. 103.

Wir haben uns heute darauf beschränkt, auf die verhängnisvolle Rolle hinzuweisen, die der Alkoholmißbrauch im Verlauf vorhandener Syphilis spielt und haben die letztere als conditio sine qua non für die Entstehung der Paralyse bezeichnet. Wir dürfen aber das Thema nicht verlassen, ohne daran zu erinnern, wie häufig wiederum der Alkohol die Akquisition der Syphilis bedingt. Dieses Thema ist ja in den letzten Jahren wiederholt eingehend behandelt. Forel[6]) führt die Infektion der Geschlechtskrankheiten in 76% auf den Alkohol zurück, Boissier gibt das Verhältnis bei seinen tausend Paralysen mit zirka 60% an, und Kraepelin schätzt es auf ²/₃—³/₄ aller Paralysefälle. Nehmen wir zu alledem hinzu, daß die Paralyse im allgemeinen sonst nicht gerade minderwertige oder dekrepide Individuen erfaßt, sondern vielmehr meistens den Mann in der Vollkraft seiner Jahre befällt, auf dem Höhepunkt seiner Leistungsfähigkeit, oft genug als Vater von unerzogenen Kindern, so ergibt sich leicht, in wie hohem Maße das Schuldkonto des Alkohols durch alle diese Erwägungen belastet wird. Man kann dreist behaupten, daß die Paralyse zum größten Teil aus der Welt geschafft würde, wenn es uns gelänge, den Alkoholgenuß überhaupt abzuschaffen. Das wird ja nun freilich noch lange dauern; bis dahin aber müssen wir die Forderung aufstellen, daß man wenigstens demjenigen, der das Unglück gehabt hat, Syphilis zu akquirieren, völlige Alkoholabstinenz als notwendig anempfiehlt. Gegen diese Forderung werden auch die Vertreter des Mäßigkeitsstandpunktes nichts einzuwenden haben. Die Zahl der Klassen der Individuen, die von diesem Standpunkt aus die Abstinenz nötig haben, ist ja schon jetzt nicht klein: die Kinder und jugendlichen Personen, alle Neurastheniker, die Leute, die geistig angestrengt zu arbeiten haben, die Tuberkulösen, alle Menschen mit Herz-, Leber- und Nierenaffektionen — ich weiß nicht, ob ich sie alle aufgezählt habe — wenn man sich aber alle diese Leute vergegenwärtigt und sich klar macht, wer schließlich noch übrig bleibt, so muß man sich eigentlich sagen, daß es nur wenige von solchen Auserwählten gibt, die sich einen mäßigen Genuß gestatten dürfen. Und wenn dieses Ideal der Mäßigen dermaleinst erreicht werden sollte, so werden sie, denke ich mir, Kongresse veranstalten können, die auch nicht zahlreicher besucht sind als unsere heutigen Abstinententage.

Die Bekämpfung der Blatternkrankheit.

Von amtlicher Seite wird Rechenschaft gegeben über alle jene Maßnahmen, welche behördlicherseits getroffen wurden, um die Ausbreitung der Blatternerkrankungen in Wien hintanzuhalten, aber auch der Mitwirkung der Bevölkerung lobend gedenkt.

In der letzten Septemberwoche sind insgesamt drei neue Blatternfälle zur Anzeige gelangt und waren fünf Tage der Woche überhaupt von Blatternerkrankungen frei.

Die auf Grund wiederholt gemachter Beobachtungen ausgesprochene zuversichtliche Erwartung der Behörden, daß von Mitte September ab Blatternfälle in gehäufter Menge nicht mehr auftreten werden, ist nicht getäuscht worden. Diese Annahme gründete sich vornehmlich auf der Tatsache, daß ein Großteil der Bevölkerung geimpft und

[6]) Vgl. die Verhandlungen des Kongresses gegen den Alkoholismus in Wien 1901 und Budapest 1905.



sonach der Boden für eine Infektion beseitigt ist. Ein günstiger Umstand liegt ferner darin, daß die Bevölkerung in steter Kenntnis von dem Stande der Blatternerkrankungen erhalten wurde und die Verheimlichung einer Blatternerkrankung, wie sie vielleicht früher einmal vorkommen konnte, jetzt gänzlich ausgeschlossen war.

Es besteht nunmehr die begründete Hoffnung. daß in Bälde das Epidemieverfahren, dessen Einleitung in manchen Kreisen Mißstimmung hervorgerufen hat, wird aufgehoben werden können. Es mag ja sein, daß das Epidemieverfahren dem Fremdenverkehre abträglich war und eine materielle Einbuße für Wien mit sich brachte; die größte Schuld hieran tragen aber die falschen Gerüchte, welche in unverantwortlicher Weise von überängstlichen Personen verbreitet worden sind.

Die Gesamtzahl der Erkrankten beträgt 142 seit Anfang Jänner 1907, für Wien ein minimaler Prozentsatz. Es soll auch nicht bestritten werden, daß in früheren Jahren die Zahl der Blatternerkrankungen nach Tausenden zählte, ohne daß sie zu so einschneidenden Aktionen, wie es die letzten waren, Anlaß gegeben hätten. Gerade hier liegt aber das große Verdienst der Behörde, daß sie schon im Beginn der Ausbreitung der Krankheit den Ernst der Situation erfaßt hat und sofort mit ganzer Macht an die Bekämpfung der Seuche schritt . . . Man kann mit vollem Recht behaupten, daß Wien bedeutend mehr wäre geschädigt worden, wenn bei zuwartender Haltung der Behörde durch viele Monate hindurch immer wieder neue Blatternerkrankungen aufgetreten wären. Die volle Publizität der Fälle, welche in dankenswerter Weise von der Presse geleitet wurde und die nicht hoch genug anzuschlagende Mitwirkung der Bevölkerung, sowie die im größten Umfange durchgeführten Impfungen haben das rasche Absinken der täglichen Erkrankungen herbeigeführt und werden auch zum baldigen Erlöschen der Epidemie wesentlich beitragen.

Weiter heißt es in dem Berichte, daß von rund 500 Ärzten in Wien in der genannten Zeit sicher eine Million Impfungen durchgeführt worden sind . . . In früheren Jahren wurde nur ein Bruchteil der Blatternkranken in Spitälern untergebracht — der Rest blieb in häuslicher Pflege, wodurch der Ausbreitung der Seuche Tür und Tor geöffnet war. Ohne Übertreibung kann man sagen, daß die nach Tausenden zählenden Opfer der Epidemie im Anfange der Achtzigerjahre in der allzu rücksichtsvollen Handhabung der sanitären Vorschriften ihre Begründung finde.

Die große Masse der Bevölkerung war von einem richtigeren Gefühle geleitet als manche, welche nur widerwillig und unter dem Drucke der Furcht ihre Impfgegnerschaft wenigstens für den Augenblick der Gefahr zur Seite stellten. Das Publikum hat sich sehr rege der Impfung unterzogen und auch nicht geduldet, daß Krankheitsfälle im Hause und in der Umgebung verheimlicht werden . . . Nur durch die eingeleiteten Maßnahmen der Regierung und die in jeder Richtung lobend hervorzuhebende Mitwirkung des Wiener Magistrats sowie die Opferwilligkeit der Gemeindevertretung war es möglich, in kürzester Zeit von dem Auftreten jeder Blatternerkrankung Kenntnis zu erlangen und alle Blatternkranken in einwandfreier Weise in Spitälern unterzubringen, sowie durch die massenhaft vorgenommenen Impfungen und Revakkinationen den Boden für neue Infektionen zu entziehen. Und damit haben, so schließt die Kundgebung, die Staats- und Stadtbehörden mit Recht Anspruch auf den Dank der Bevölkerung.

XI. Internationaler Kongreß gegen den Alkoholismus.

(Schluß.)

Ein Überblick über die europäische Gesetzgebung zeigt sehr verschiedenes Verhalten der Gesetzbücher. Die von Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Holland, Schweden, Türkei und Ungarn erwähnen — Deutschland mit Ausnahme des Militärstrafgesetzbuches — die Trunkenheit gar nicht. Sie ist also nach den sonst für die Zurechnungsfähigkeit aufgestellten Bestimmungen zu beurteilen. In Finnland gilt bei durch Trunkenheit herabgeminderte Zurechnungsfähigkeit der Rausch nicht als Grund der Strafmilderung. Es darf demnach wohl angenommen werden, daß eine Volltrunkenheit als Strafausschließungsgrund zu gelten hat. In Italien wird je nach der Höhe des Zustandes nicht selbstverschuldete Trunkenheit als Strafausschließungs- respektive Strafmilderungsgrund angesehen, selbstverschuldete Trunkenheit nur als Strafmilderungsgrund, bei gewohnheitsmäßiger Trunksucht kann die Strafe in einer besonderen Anstalt vollstreckt werden. Norwegen erkennt bei selbstverschuldeter Trunkenheit auf die für Fahrlässigkeit vorgesehene Strafe. Österreich bestraft bei zufälliger Trunkenheit die Straftat nicht, wohl aber die Trunkenheit selbst. Portugal rechnet unvollständige Trunkenheit ebenso wie vollständige, letztere aber nur im Falle fehlender Verschuldung als Milderungsgrund. Rußland betrachtet die unverschuldete Trunkenheit für gleichwertig mit anderen die Strafhöhen bestimmenden Umständen. Im Falle der absichtlichen, zum Zwecke der Begehung der Tat herbeigeführten Trunkenheit aber soll auf das Höchstausmaß der Strafe erkannt werden. Das spanische Gesetzbuch rechnet die Trunkenheit zu den Strafmilderungsgründen, mit Ausnahme bei gewohnheitsmäßiger Trunksucht; der schweizerische Strafgesetzentwurf endlich gibt dem Richter das Recht, statt der Gefängnisstrafe auf Arbeitshaus, bei Gewohnheitstrinkern auf Überweisung in eine Trinkerheilstätte zu erkennen. Ausdrücklich schließen die Berücksichtigung der Trunkenheit als Entschuldigungsgrund aus England, Irland, Rumänien, Schottland und die Vereinigten Staaten.

Aus alledem geht hervor, daß die Lösung der Frage, wie sich die Gesetzgebung den Betrunkenen gegenüber verhalten soll, den richtigen Weg noch nicht gefunden hat. Das deutsche Strafgesetzbuch verlangt für den Ausschluß der Zurechnungsfähigkeit einen Zustand der Bewußtlosigkeit oder krankhafte Störung der Geistestätigkeit, durch welchen die freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist. Diese Willensfreiheit, die nach der in Deutschland beliebtesten Definition von Liszt, bedeutet die „normale Bestimmbarkeit durch Motive“, wird schon bei sehr kleinen Mengen Alkohol gestört. Nachweislich rufen schon 5 *g* absoluten Alkohols eine Störung der Willenshandlung hervor. Nun verlangt aber das Gesetz nicht nur eine Beeinträchtigung, sondern den Ausschluß der normalen Bestimmbarkeit, das heißt es verlangt von uns die Ziehung einer scharfen Grenzlinie. Die Aufgaben würden sich also folgendermaßen gestalten: Zuerst muß die Frage beantwortet werden, wer urteilt über den Grad des Rausches? Ich vertrete die Ansicht, daß die Zuziehung des Arztes sehr häufig unbedingt notwendig ist, weil nur der ärztliche Sachverständige das Hineinspielen pathologischer Zustände beurteilen kann. Weiter fragt es sich:

Wie wird der Rausch beurteilt?

Weder das äußere (motorische) noch das psychische Verhalten genügt zu dieser Feststellung, ebensowenig wie die Menge des genossenen Alkohols einen Maßstab gibt. Es muß vielmehr die ganze Vorgeschichte des Betrunkenen, seine auch außerhalb der Trunkenheit hervortretende kriminelle Neigung, seine persönliche Widerstandsfähigkeit gegen den Alkohol sowie die besonderen Zustände des Tages (Übermüdung, körperliche Hinfälligkeit, Erregung) mit berücksichtigt werden. Gelegentlich kann das Experiment mit gutem Erfolg zur Klärung herangezogen werden. So kommen wir zu einem Schluß, der uns gestattet, den Rausch in seinem Umfange und seinen Erscheinungen richtig zu beurteilen. Was aber dann? Um zu einem einwandfreien Urteil zu kommen, müssen wir von unseren Trinkgewohnheiten und Trinksitten absehen und uns fragen: Wie würden wir die strafbare Handlung eines Menschen beurteilen, der in seinem Zustand nicht durch Alkohol, sondern durch ein anderes Gift (etwa Atropin, Haschisch usw.) geraten wäre? Wir würden



ihn zweifellos für unzurechnungsfähig erklären. Und weiter: Wenn wir einen Menschen vor uns hätten, der sich wie ein Betrunkener benähme, nicht mehr Herr seiner Glieder und seines Verstandes wäre, und wir müßten annehmen, daß der Zustand Wochen und Monate dauern würde, so würden wir unbedingt verlangen, daß er zu seinem Schutz und zur Sicherung der anderen in eine Irrenanstalt gebracht wird. Daraus geht hervor, daß die Betrunkenheit als ein Zustand von Geisteskrankheit, also als ein Zustand der Unzurechnungsfähigkeit angesehen werden muß. Der Anerkennung dieser unabweisbaren Schlußfolgerung widerstrebt aber unser Empfinden, weil damit eine Rechtsunsicherheit hervorgerufen werden würde, wie sie schlimmer nicht gedacht werden kann. (Lebhafte Zustimmung.) Man wird sicher weit hinter der Wirklichkeit zurückbleiben, wenn man unter den Verbrechen mindestens den vierten Teil auf den Alkohol zurückführt. Erst kürzlich hat Friedrich unter 600 Schwurgerichtsfällen bei genau 500 Verurteilungen in dem Wortlaut der Urteile den Alkohol erwähnt gefunden. Unsere bestehende Gesetzgebung läßt keinen anderen Ausweg, als entweder alle Betrunkenen freizusprechen und die geringeren Grade der Trunkenheit als mildernden Umstand anzusehen, oder aber nur vereinzelte, besonders schwere Fälle von Berauschtheit als Zustände der Unzurechnungsfähigkeit aufzufassen und alle anderen Betrunkenen zu verurteilen. Im letzteren Falle tut man zweifellos dem Rechtsbrecher Unrecht, im ersten Falle der Gesellschaft. Vor diese Alternative gestellt, entscheide ich mich persönlich unbedingt und ohne Zögern für den Gesellschaftsschutz. Das Interesse des Einzelnen muß hinter dem der Allgemeinheit zurücktreten. Wenn ein Gesetz bestände, das die Persönlichkeit des Rechtsbrechers nicht nach dem beurteilen würde, was er gelegentlich verschuldet, sondern daß die Gegenmaßregeln des Staates sich ausschließlich nach seiner Persönlichkeit richten würden, so wäre die Lösung der Schwierigkeit einfach. Wir hätten in der bedingten Verurteilung, in der Schadenersatzpflicht, in der Einweisung in Arbeitshäuser und Trinkerheilstätten Mittel genug, um jedem Falle gerecht zu werden. Ansätze zu einer solchen Auffassung finden wir ja schon in der Schweiz und in Norwegen. Der Ersatz der Strafe durch Erziehung zur Abstinenz wird viel mehr und viel besseres leisten als unser heutiges, unhaltbares System. Möge die Zeit kommen, wo die Trinksitten derartig sind, daß kein Gesunder mehr durch den Rausch zum Verbrecher wird! Dann sind solche Erörterungen überflüssig, die stets nur zu einem gezwungenen, unbefriedigenden Ergebnis führen können.

Der wichtigste Gegenstand, welcher den diesjährigen Antialkoholkongreß beschäftige, ist die Frage der Bekämpfung des Alkoholismus beim Militär. Major v. Toegel (Einsenach) hat diesbezüglich dem Kongreß ein umfangreiches Referat vorgelegt, welches auf Grund von Schilderungen der derzeitigen Verhältnisse der Armeen von Deutschland, Frankreich, England und der Vereinigten Staaten zu der Schlußfolgerung gelangt, daß bisher auf dem Gebiete der Mäßigkeit nicht allzuviel geleistet wird, daß aber wenigstens heute schon der Kampf gegen den Alkoholismus aufgenommen wird. Schon in früher Zeit haben hervorragende Heerführer, namentlich fast alle preußischen Könige, vor vielem Trinken gewarnt. Friedrich der Große habe das Gesuch, eine Rumfabrik gründen zu dürfen, mit den Worten beantwortet: „Ich will den Teufel tun, ich wünschte, daß das giftige Zeug gar nicht da wäre.“ Major v. Toegel betont, die Zukunftsschlachten werden alle körperlichen und seelischen Kräfte in Anspruch nehmen und nur ein gesundes Geschlecht wird deren Anforderungen entsprechen können. Die Zeiten, wo das „D'raufgehen“ mitunter entschied, sind vorüber, die heutigen Schlachten sind ein Ringen zwischen technischer Überlegenheit und unverbrauchter Nervenkraft. Die erstere zu schaffen, ist Sache der Staatsleitung, die letztere zu bewirken, durch energische Bekämpfung des Hauptfeindes — des lächelnden Betrübers Alkohol. Der Alkoholismus schädigt die Wehrkraft, erschwert die Ausbildung, verursacht die großen Vergehen gegen die Disziplin, erhöht die Krankenziffern und mindert die Widerstandskraft gegen Strapazen. Major v. Toegel schlägt schließlich die Mittel zur Verringerung des Alkoholgenusses vor, die in der strengeren Bewachung des Soldaten, in der Erhöhung der Preise der alkoholischen Getränke und in der Förderung des Sports, der Spiele, Lektüre usw. in der freien Zeit der Mannschaft. Der zweite Referent, Leutnant Liljedall, Stockholm, schilderte die Temperenzarbeit innerhalb des schwedischen Offizierskorps und betonte die Notwendigkeit, daß die Offiziere der Mannschaft mit gutem Beispiele vorangehen.

II. Referate.

Zur Lehre vom Heufieber. Von P. Heymann, Berlin. Die Fragen, die H. sich vorlegte, lauteten erstens: gibt es eine spezifische Veränderung in der Nase, die wir als charakteristisch für Heufieber ansehen dürfen? und weiter: hat irgend einer der vielen Vorschläge und Versuche, welche man mit endonasaler Behandlung usw. beim Heufieber gemacht hat, wirkliche Erfolge gezeitigt?

Die erste Frage konnte H. nach seinen Untersuchungen direkt verneinen. H. hat keine der Veränderungen vermißt, die wir überhaupt in der Nase von etwa 120 Fällen zu finden gewohnt sind: Polypen, lappige, knollige und papilläre Hyperplasien der Muscheln, Difformitäten des Septums mannigfachster Form, adenoide Vegetationen und dergl. mehr.

Nicht so bestimmt verneinend mußte seine Antwort auf die zweite Frage lauten. H. konnte allerdings feststellen, daß keine der vielen Maßnahmen von einer spezifischen Wirkung bei Heufieber gewesen ist; andererseits hat sich ihn aber ergeben, daß in einer engen und besonders in einer verengten Nase die Erscheinungen des Heufiebers sich für den Befallenen lästiger und quälender gestalteten als in den Fällen, in denen die Nase frei und gut durchgängig war, und daß eine Reihe von Patienten von den Maßnahmen, durch welche die Durchgängigkeit der Nase hergestellt worden, also von der Entfernung der adenoiden Vegetationen, von der Beseitigung der Polypen und Hyperplasien, von der Korrektur des Septums und ähnlichen Eingriffen eine Abmilderung der Beschwerden herleiteten. Ebenso konnte H. in einigen Fällen konstatieren, daß die Behandlung der sehr reizbaren, leicht entzündlichen und entzündeten Nasenschleimhaut die Empfänglichkeit für das Heufiebergift herabgesetzt, einigemale sogar aufgehoben hatte. — Derartige Eingriffe sind aber am besten in der heufieberfreien Zeit vorzunehmen. Ein aktives Vorgehen während der Heufieberperiode hat leicht Entzündungen, Schwellungen und somit eine Verschlimmerung der Heufieberbeschwerden zur Folge; ja ich glaubte sogar einigemale feststellen zu können, daß die durch operative Maßnahmen gereizte Schleimhaut eine größere Empfindlichkeit gegenüber der Heufieberschädlichkeit zeigte.

Während der Heufieberzeit haben sich mir Kokain wie seine Ersatzmittel, sowie die verschiedenen Nebennierenpräparate in manchen Fällen nützlich erwiesen, indem sie die Beschwerden verminderten; einen durchgreifenden Einfluß auf den Heufieberprozeß habe ich, wie auch andere Beobachter, nie feststellen können.

In betreff der durch die Anwendung von Pollantin (Dunbar) und Graminol (Weichardt) erzielten Erfolge konnte H. sich ganz wohl den Erfahrungen von Alfred Wolf anschließen. Wolff schreibt: „es kann nicht erwartet werden, daß wir Heufieber heilen; es kann nicht erwartet werden, daß wir schwere asthmatische Fälle von ihrem Leiden befreien; aber es kann erwartet werden, daß wir leichte Fälle symptomfrei erhalten, für mittlere Fälle ein Linderungsmittel zur Hand haben und für schwere Fälle wenigstens die Zeit etwas abkürzen usw.“ Spätere Erfahrungen würden H. veranlassen, sich in dieser Beziehung heute vielleicht noch weniger zuversichtlich auszudrücken!

Während der letztvergangenen Heufieberperiode hat H. nun weitere 21 Fälle beobachten können. In einer Diskussion im Verein für innere Medizin im Dezember 1905 hat



Tobias über seinen eigenen Fall referiert und dabei angegeben, daß er nach einer aus anderen Gründen vorgenommenen Strumektomie seit mehreren Jahren vom Heufieber verschont geblieben sei. An diese Erfahrung anknüpfend — Tobias gehörte zu seinen Patienten und hat er ihn selbst wiederholt am Heufieber behandelt — hat H. im letzten Jahre bei seinen Patienten Schilddrüsenpräparate in Anwendung gebracht und zwar bei 19 mit positivem Erfolge.

Die bisherigen Erfolge fordern jedenfalls dazu auf, bei der nächsten Heufieberperiode weitere Versuche zu machen. An einem größeren Material wird sich dann feststellen lassen, welches von den verschiedenen, aus der Schilddrüse abgeleiteten Präparaten das geeignetste ist, ob Thyreoidin, ob Jodothyrin, ob Antithyreoidin-Moebius oder was sonst — da die bisherigen Erfahrungen nur zu beweisen scheinen, daß eines der mit der Schilddrüse zusammenhängenden Produkte das wirksamste Prinzip sei.

Schlüsse aus dem therapeutischen Effekt auf die Natur der Krankheit zu machen, möchte H. bis zur Erweiterung seiner Erfahrung unterlassen; jedenfalls drängen die Erfolge, neben der auslösenden Wirkung des Giftes eine nervöse Diathese wahrscheinlich im Gebiet der sympathischen Nerven anzunehmen. („Berliner klin. Wochenschr.“ 1907, Nr. 13.)

*

Über angeborene Strikturen der Harnröhre. Von C. Posner.

Je mehr sich die Erkenntnis Bahn gebrochen hat, daß die überwiegende Mehrzahl der Harnröhrenstrikturen entzündlichen Ursprungs ist, je genauer die Beziehungen zwischen der Entzündung und der Narbenbildung studiert wurden, um so mehr sind die von den älteren Ärzten angenommenen anderen Formen der Verengerung in den Hintergrund getreten. In den Lehrbüchern wird, außer dem Trauma, fast ausschließlich die Infektion als Ursache anerkannt; und sicherlich wird man, angesichts der ungeheuren Verbreitung der Gonorrhoe, nur selten fehlgreifen, wenn man, selbst beim Mangel einer deutlichen Anamnese, dies Moment in erster Linie beschuldigt; nicht bloß, wenn es sich um Erwachsene handelt, sondern — leider — auch oft genug bei Patienten in noch recht jugendlichem Alter. Insbesondere pflegt man der Annahme einer „angeborenen“ Striktur mit Recht sehr skeptisch gegenüberzustehen, und es ist durchaus begreiflich, daß diese Rubrik aus der Literatur mehr und mehr verschwunden ist.

Immerhin wird von Zeit zu Zeit wieder darauf hingewiesen, daß es gewisse Entwicklungsanomalien der Harnröhre gibt, die wenigstens in ihrem Endeffekt genau den echten Strikturen entsprechen. Am besten bekannt in dieser Hinsicht sind die angeborenen Verengerungen am Orificium urethrae, die ja bis zu vollkommener Atresie führen können, aber auch, wenn eine Öffnung wirklich vorhanden ist, unter Umständen sehr erhebliche Störungen im Gefolge haben. Schwierigkeiten der Harnentleerung, ja, allmählich sich ausbildende Retention können sich hier wie bei der echten Striktur einstellen; als ein weniger bekanntes Symptom erwähne ich, nach Beobachtungen von Bazy, der neuerdings der Frage erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt hat, die Entstehung von Inkontinenz. Der genannte Autor hat gezeigt, daß so manche Fälle scheinbar nervöser Enuresis bei Kindern, ja auch bei Erwachsenen, durch solche kongenitale Enge des Oriffiziums bedingt und durch deren Operation zu heilen sind. Und wenn P. selbst zwar bisher ähnliches nicht beobachtet hat, so darf er doch an die bekannte Tatsache erinnern, daß hochgradige Phimose — die ja ähnliche Bedingungen schafft, wie die Enge des Meatus — in der Tat oftmals bei Enuresis gefunden wird. Ein schlagendes Beispiel der Art habe ich erst vor kurzem bei einem älteren Herrn beobachtet, dessen unwillkürliche Harnentleerungen nach der Phimosenoperation sofort sistierten. Solche Vorkommnisse mahnen uns jedenfalls, gerade in allen Fällen von Enuresis diesen Verhältnissen eine erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen.

Nächst dem Orificium urethrae selbst kommt der Fossa navicularis eine große Wichtigkeit in diesem Sinne zu; auch hier scheinen gelegentlich kongenitale Faltenbildungen vorzukommen, die freilich mehr dem Katheterismus als der Harnentleerung Schwierigkeiten entgegenstellen. Jeder kennt derartige Fälle, in denen sich Katheter oder Sonden (namentlich feine Bougies) in der Fossa navicularis verfangen.

Wie aber steht es mit Verengungen an derjenigen Stelle der Harnröhre, die auch für die erworbene Striktur als klassisch zu bezeichnen ist, — der Übergangsstelle zwischen der Pars bulbosa und membranacea urethrea? Es ist dies dieselbe Stelle, die auch entwicklungsgeschichtlich und physiologisch so wichtig erscheint, die vielumstrittene Grenze zwischen Urethra anterior und Urethra posterior.

Die pathologische Anatomie hat bereits seit längerer Zeit erkannt, daß auch hier angeborene Mißbildungen in Gestalt halbmondförmiger Klappen, welche das Lumen mehr oder weniger beengen, als Rest der sogenannten Kloakalmembran vorkommen; eine Arbeit von Tolusczewski aus dem Jahre 1865 beschreibt einen derartigen Fall aus dem Tübinger Pathologischen Institut, in welchem sich bei einem Neugeborenen bereits hochgradige Veränderungen der Pars prostatica, der Vesicula prostatica, Blase, Harnleiter und Nieren ausgebildet hatten; eine Reihe älterer Beobachtungen werden ebenda angeführt. Solche abnorme Klappenbildung, an sich bereits vom entwicklungsgeschichtlichen Standpunkt aus verständlich, gewinnt ein erhöhtes Interesse, seitdem Herr Goldschmid mittels seines neuen Urethroskops gezeigt hat, daß in der Tat schon normaler Weise diese Grenze durch eine mehr oder weniger stark ausgebildete klappenartige Falte sich markiert. Wer diese Bilder bei gesunden Erwachsenen gesehen hat, wird nicht erstaunt sein, wenn diese Falte bei etwas erhöhter Ausbildung auch ernste Störungen im Gefolge haben kann.

Tatsächlich sind nun in der letzten Zeit wiederholt klinische Beobachtungen gemacht worden, welche nur durch solche Annahme eine Erklärung finden. Wiederum ist es Bazy, der die Aufmerksamkeit mit Nachdruck hierauf gelenkt hat, veranlaßt zuerst durch einen von Bonnet in der Société de chirurgie in Paris im Januar 1903 mitgeteilten Fall; eine der Bonnetschen analoge Beobachtung wurde gleich nachher von Reboul in Nimes veröffentlicht, und im Jahre 1905 berichtet sowohl Bazy selbst wie Lebreton über mehrere genau untersuchte Fälle bei Kindern wie bei Erwachsenen. Gleichzeitig hiemit teilte Churchman einen Fall mit, welcher in vieler Hinsicht seiner eigenen Beobachtung gleicht und namentlich das Symptomenbild um einen eigenartigen Zug erweitert.

Während nämlich sonst wesentlich nur die Störungen der Harnentleerung selbst hervortreten — also Pressen beim Urinieren, Entleerung der Blase, Inkontinenz und Enuresis nocturna kommt hier als neues beachtenswertes Moment das Auftreten einer Hämaturie hinzu — ein Moment, welches namentlich geeignet ist, die Diagnose zu erschweren und irrezuleiten.

Dunkel bleibt — wie in allen Fällen ohne Autopsie oder Beleuchtung, die hier wegen der Enge der Urethra nicht ausführbar war — der Ursprung der Blutung. Churchman ist für seinen Fall geneigt, eine Hämorrhagie aus dem Colliculus seminalis anzunehmen; und es ist namentlich nach der Beschreibung, die Tolusczewski von seinem Präparat gibt, gewiß zuzugeben, daß in Fällen hochgradiger angeborener Striktur derartige Veränderungen in der Pars prostatica urethrae sich ausbilden können. P.'s Meinung nach spricht jedoch mancherlei gegen diese Annahme für meinen Fall. Zunächst der Mangel irgend eines positiven Anzeichens bei der Rektalpalpation oder beim Durchführen des Katheters — wäre das Blut aus dem Kollikulus gekommen, so hätte es auch wohl beim Katheterisieren gelegentlich geblutet. Dann aber die Krankengeschichte, die in der Tat doch eine pri-



märe Pyelitis wahrscheinlich macht: ich glaube, daß es bei der allmählich ausgebildeten Harnstauung irgendwie zu einer endogenen Infektion gekommen ist (auf welchem Wege, ist gleichgültig, läßt sich auch nicht mehr eruieren), welche vorwiegend in der rechten Niere Platz gegriffen hat; daß es sich also wirklich um eine Nierenbeckenblutung gehandelt hat, die eben ganz das klinische Bild eines Steines vortäuschte. Und das Interesse dieser Beobachtungen dürfte nicht zuletzt gerade darin liegen, daß sich hier eine neue und sonst wenig beachtete Ursache der Hämaturie ergeben hat, auf die auch in Zukunft bei dunklen Fällen in erhöhtem Maße die Aufmerksamkeit zu richten wäre.

Die Behandlung bestand in seinem Falle mit vollem Erfolge in der allmählichen Dilatation; die Beobachtungen der französischen Autoren zeigen indes, daß unter Umständen gerade bei dieser Form der Striktur — namentlich wenn es sich um die Persistenz der Kloakalmembran als klappenförmiger Falte handelt — auch die Intraurethrotomie indiziert sein kann. (Berl. klin. Wochenschr. 1907, Nr. 13.)

*

Was wissen wir über den Vakzineerreger? Von Dr. E. Paschen, Hamburg.

Die genialen Arbeiten Schaudinns und nicht zuletzt die Entdeckung der Spirochaete pallida haben den Anstoß zu einer erhöhten Tätigkeit auf allen Gebieten der Infektionskrankheiten gegeben. Wenn aber die Nachprüfung der Befunde Siegels bei der Syphilis durch Schaudinn die Lösung des Rätsels brachte, sind wir bis heute noch im Dunkel über die Erreger der Vakzine und der Variola. Die Entdeckungen Siegels auch auf diesem Gebiete haben einer ernsten Kritik nicht Stand halten können. Die ausgezeichneten Arbeiten von Prowazek, die höchst kritischen Untersuchungen von Mühlens und Hartmann, die die Originalpräparate Siegels zum Vergleiche heranziehen konnten, also nicht auf die photographischen Wiedergaben in den Veröffentlichungen der Akademie der Wissenschaften angewiesen waren, haben unwiderruflich dargetan, daß der Cytorryctes vaccinae nicht der Erreger der Vakzine ist. Schritt für Schritt haben sie die Ergebnisse Siegels verfolgt: der experimentelle Teil, die morphologischen Untersuchungen konnten gegenüber den gründlichen Nachforschungen nicht bestehen.

Was wissen wir denn Positives über den Vakzineerreger?

Der Vakzineerreger ist sicher in der Lymphe in ungeheurer Menge vorhanden; es ist dies ein Postulat. Prowazek konnte mit Verdünnungen von 1:1000 mit Erfolg vakzinieren; wir alle wissen, daß zur Impfung eines Kalbes, das wir mit 100—150 Schnitten impfen, 5—6 Kapillaren klare Kinderlymphe, die mit der genügenden Menge physiologischer NaCl-Lösung aufgeschwemmt ist, genügen. Schnitt für Schnitt bringt dabei das klassische Bild der Impfpustel. Jede einzelne entstandene Impfpustel birgt wieder in ungeheuren Mengen den Vakzineerreger; es hat also eine Vermehrung des Vakzineerregers stattgefunden; es muß ein lebender Organismus sein.

Schon Weigert war es bekannt, daß eine spezifische Giftwirkung dem Variolaerreger zukommt. In seiner klassischen Monographie über die Pockeneffloreszenzen spricht er von der primären Gewebsschädigung durch das Pockengift; die nekrotisierenden Vorgänge sind das Primäre, die Reizungszustände das Sekundäre. Nur erstere sind absolut charakteristisch für das Pockengift; es handelt sich um eine besondere, bisher völlig unbekannte Form der Zellnekrose, bei der die durch das Gift abgetöteten Zellen der untersten Schicht des Rete Malpighi in unregelmäßig geformte schollige kernlose Massen verwandelt werden.

Die Guarnierische Korneaimfung brachte noch feinere Details über die Wirkung dieses Giftes. Der Variola-Vakzineerreger wirkt in ganz typischer Weise auf das Epithel der Kornea ein; es entstehen die uns allen bekannten Vakzinekörperchen.

Sind diese Vakzinekörperchen die vermeintlichen Erreger, als welche sie immer noch von manchen Seiten angesprochen werden?

Hückel, Prowazek, Mühlens und Hartmann, Sümpfle, Schrumpf und eigene Arbeiten haben dargetan, daß es sich um spezifische Erkrankungen besonderer Teile der Zellen handelt; daß die Vakzinekörper eventuell eine Reaktion der Zellen auf das eingeführte Virus sind, aber nicht die Erreger selbst. Wir haben es mit einem spezifischen Kerngift zu tun; die Chromidien, die im Protoplasma gelöst sind, ballen sich zusammen, sie bauen die Vakzinekörperchen auf; die Zellkerne selbst werden pyknotisch und zersprengt. Immerhin könnten in diesen Vakzinekörperchen die unbekannten und nur nicht sichtbaren Erreger enthalten sein, wie schon Hückel meinte. Prowazek fand sowohl in den Vakzinekörperchen, wie in den Zellkernen seine Initialkörper, die er als die eventuellen Träger der Infektion anspricht.

Der Vakzineerreger muß sehr klein sein, vielleicht an der Grenze der Sichtbarkeit; es ist dieses wieder ein Postulat. Die Untersuchungen über die Filtrierbarkeit der Lymphe haben allerdings zum teil widersprechende Ergebnisse gehabt; darüber aber stimmen die meisten neueren Untersuchungen überein, daß Berkefeldfilter V unter Druck durch den Erreger passierd wird, daß dagegen Chamberlandfilter ihn zurückhalten. Negri, Remlinger und Osman Nouri hatten bei kutaner und kornealer Impfung typische Impferfolge, Vincent und Rouget konnten nur bei subkutaner Verimpfung größerer Mengen des Filtrates Immunität gegen eine spätere Impfung erreichen. Als Ursache nehmen sie an, daß die Keime nur in geringer Zahl das Filter passierten; sie können ja an Epithelien haften und dadurch zurückgehalten werden. Siegel allein erhielt bei Verimpfung von Nierensaft korneal geimpfter Kaninchen, der das Chamberlandfilter passiert hatte, typische Vakzinekörperchen. Prowazek, Mühlens und Hartmann, Nobl prüften an einer größeren Reihe von Tieren bei genauer Einhaltung der Vorschriften von Siegel die Versuche nach, stets mit negativem Erfolge. Dem gegenüber steht der vereinzelte positive Erfolg von Wasieliewskis mit Nierensaft am 5. Tage nach der Impfung.

Für neuere Filtrierversuche ist unbedingt klare Kinderlymphe zu benutzen, die bekanntlich primär bakteriell keimfrei ist und auch sonst sehr wenig zellige Elemente enthält, und, wie wir schon oben zeigten, den Vakzineerreger in ungeheuren Mengen enthalten muß.

Die negativen Ergebnisse mit Chamberlandfilter sprechen doch dafür, daß der Erreger nicht zu den ultramikroskopischen Körpern gehört. Immerhin könnten ja bestimmte Entwicklungsstadien des Erregers so klein sein, daß sie das Chamberlandfilter passieren nach Analogie mit Entwicklungsstadien bei Spirochaete Ziemanni, wie sie uns Schaudinn gezeigt hat. Es liegt aber für eine Entwicklung nach Art der Protozoen kein Beweis vor; es wurden keine Zysten gefunden. Prowazek gelang die Verimpfung von Lymphe von 8—336 Stunden in gleicher Weise.

Die physikalischen Verhältnisse könnten aber vielleicht so beschaffen sein, daß infolge der geringen Lichtbrechung der Erreger nicht uns sichtbar ist. Da ist vielleicht die Photographie mit ultraviolettem Lichte berufen zu helfen. Mit Versuchen derart bin ich zurzeit mit der liebenswürdigen Hilfe von Herrn Martini von der Firma Zeiss beschäftigt. Unsere Vorversuche haben uns interessante Ergebnisse gegeben, und habe ich einige Diapositive bei 1300 und 2200 Vergrößerung.

In seinen Arbeiten über den Vakzineerreger erwähnt Prowazek, daß er in den Guarnierischen Körperchen bisweilen einen lebhaft beweglichen alveolenartigen oder bakterienähnlichen Einschluß gesehen hätte, den er mit seinen Initialkörperchen identifizieren möchte; von der Beweglichkeit dieses Körperchens konnten sich zwei Beobachter überzeugen. In der Lymphe selbst, wenigstens der Glyzerinlymphe sind wegen der unzähligen Elemente, die Brownsche Molekular-



bewegung haben, spezifische Bewegungen schwer zu unterscheiden. Aus dem histologischen Aufbau der Pocke möchte man eine aktive Beweglichkeit dem Erreger zusprechen. Auch hier wird es vielleicht möglich sein, bei Suspension in optisch anders sich verhaltenden Medien, die die Vitalität des Erregers nicht störend beeinflussen, weiter zu kommen. Bei Dunkelfeldbeleuchtung sieht man in der Kinderlymphe sehr zahlreiche, kleinste, lebhaft bewegliche Körperchen, zum Teil Doppelkörperchen von gleichmäßiger Größe.

Siegel beschreibt in seinen Beiträgen zur Kenntnis des Vakzineerregers und den Untersuchungen über die Ätiologie der Pocken und Maul- und Klauenseuche bei Beobachtung von Nierensaft eines geimpften Kaninchens kleinste mit einer lebhaft beweglichen Spitze ausgestattete ein- oder zweikernige Organismen, die sich durch Längsteilung vermehren sollen; sie bewegen sich auf schleifenförmig verschlungener Bahn, die aber über einen Umkreis von 15 μ nicht hinausgeht. Mühlens und Hartmann wiesen auf die Ähnlichkeit mit Hämokonien hin; es handelt sich wahrscheinlich nur um molekulare Bewegung (Süpfle).

Wie verhält es sich demgegenüber mit dem sogenannten Kreisen des Erregers im Körper? Die Anschauung vieler Autoren ging dahin, daß in gesetzmäßiger Zeit nach der Impfung der Vakzineerreger im Körper kreise, also zunächst im Blute. Dahin mußte er wohl nach Überwindung der regionären Lymphdrüsen auf dem Lymph- resp. Venenwege nach Passage der Lungen gelangt sein.

Übertragungsversuche von Pfeiffer mit Blut von geimpften Kindern und Kälbern auf größere Kontaktflächen hatten positiven Erfolg. Frosch berichtete, daß die Vakzinekeime innerhalb einer bestimmten Zeit nach der Impfung im Körper kreisen müßten, da man fast mit jedem Organe Impfpusteln erzeugen könnte. Vanselow und Freyer hatten mit Milz, Drüsen, Lebersaft, Knochenmark geimpfter Kälber positiven Erfolg gehabt. Demgegenüber konnten wir 1899 und 1900 über negative Impfungen mit Saft von Milz, Bronchial, Mediastinal und Supramanualdrüsen berichten.

Im Gegensatz dazu stehen die experimentellen Versuche Neissers beim Affen mit Vakzine. Neisser konnte nachweisen, daß neben der örtlichen Erkrankung an der Impfstelle eine Durchseuchung des Organismus mit Vakzineerregern stattfindet. Noch am 15. Tage nach der Impfung konnte er aus Knochenmark mit positivem Erfolge abimpfen. Diese Resultate sind vielleicht auch auf den Menschen übertragbar.

Schon lange gilt es als ein ferneres Postulat, daß der Vakzineerreger in seiner Wirkung an ein bestimmtes Gewebe, nämlich das geschichtete Epithel adaptiert sei. Calmette und Guérin injizierten Kaninchen intravenös Lymphe; rasierten sie 24 Stunden darauf die Haut, so entstanden die bekannten Impfpusteln; die Keime waren in die Haut gedrungen.

In einer sehr interessanten Arbeit berichtet Nobl kürzlich über erfolgreiche subkutane Impfungen bei Kindern. Bemerkenswert dabei ist, daß dieselben selbst bei Einverleibung größerer Mengen von konzentrierter Kalbspocke bei empfänglichen Tieren am Orte der Einverleibung zu keinerlei dem klinischen Nachweise zugänglichen Gewebsreaktion zu führen pflegen. Die histologische Untersuchung darüber steht noch aus. Nobl kommt zu dem Schlusse, „daß auch das kollagene Gewebe der Subkutis ein äußerst empfänglicher Nährboden des Vakzinevirus ist, der schon den geringsten Spuren der eingebrachten Lymphe die glänzendsten Haftbedingungen leistet. Von besonderem Interesse waren die Inokulationen mit Ovine bei Schafen. Die nach einer längeren Zeit auftretenden sekundären Eruptionen boten nämlich ein eigentümliches Verhalten.

Die angeblich spezifisch-histologischen Veränderungen in den Lungen nach Bosc konnte Haaland nach intratrachealen und intrapulmonalen Einspritzungen von Vakzine wenigstens beim Kaninchen nicht bestätigen.

Zahlreich sind die Erfahrungen über den Widerstand des Erregers Temperatureinflüssen gegenüber. Langdauernde Kälte schadet denselben nicht; dagegen ist er äußerst empfindlich gegen höhere Temperaturen, wie wir ja aus der Inaktivität der nach den Tropen versandten Lymphe wissen. Allerdings spielt hiebei das warme Glyzerin mit, das offenbar sehr deletär wirkt; denn eingetrocknet verträgt die Lymphe dieselbe Temperatur längere Zeit ohne Schaden zu nehmen.

Aus einer Versuchsreihe sahen wir, daß Borken von Vakzine von Kindern und Kälbern, bei Zimmertemperatur bis über 200 Tage aufbewahrt, wirksam waren, wenn man dieselben mit physiologischer NaCl-Lösung aufschwemmte. Pusteln entwickeln sich sehr schön, nur etwas langsamer.

Von höchstem Interesse sind die Fragen über das Zustandekommen der Immunität durch den Vakzineerreger. Wurde nach Exzision von nur dreimal 24 Stunden alten infizierten Hautstellen (Kraus), bei denen es noch nicht zur Pustelbildung gekommen ist, 10 Tage darauf revakziniert, so zeigte sich die Hautdecke immun. Histologisch kann man nachweisen, daß auf die Impfung zunächst eine Herabsetzung des Saftflusses folgt; das Gift hat Zeit sich zu vermehren, erst nach dreimal 24 Stunden findet ein stärkeres Zuströmen von Leukozyten statt.

Schon 1903 konnten wir berichten, daß Impfung einer Kornea nur diese immunisiert, nicht aber die andere. Die Publikationen in den medizinalstatistischen Mitteilungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes werden aber nur von Fachleuten gelesen; im selben Jahre berichtete P., daß Hautimpfungen beim Kaninchen die Kornea nicht immunisieren. Prowazek, Jürgens, Kraus konnten diese Tatsache bestätigen. Kraus konnte weder durch subkutane, intravenöse oder intraperitoneale Immunisierung mit konzentrierter oder diluierter Vakzine bei Kaninchen Immunität der Kornea erzielen.

Bei der Revakzination kommt es im Gegensatz zur Erstimpfung, wie wir aus den Arbeiten von Pohl-Pincus wissen und klinisch beim Kalbe selbst bestätigen konnten, schon nach 24 Stunden zu einem vermehrten Saftstrom; die Impfschnitte gleichen nach zweimal 24 Stunden solchen von viermal 24 Stunden bei der Erstimpfung; dann schwellen sie schnell ab.

Durch die Erstimpfung sind die Epithelien derartig umgestimmt, daß sie mit einer prompten Bildung von Vakzinekörperchen reagieren; es schließt sich eine Phagozytose an.

Bei seinen eigenen Untersuchungen fixierte Aut. die noch nassen Deckgläser in Flemming.

Die mikroskopische Untersuchung der Ausstriche ergab nun eine überraschend große Menge von gleichmäßig gefärbten, sehr kleinen Körperchen. Man kann dabei mehrere Stadien kombinieren:

1. Etwas größere, rundliche Körperchen.
2. Körperchen, die sich scheinbar in der Mitte spalten, jede Hälfte mit einem fädigen, äußerst einen Fortsatz, durch den sie am Ende noch verbunden sind.
3. Diese Hälften schlagen auseinander, indem die Faden noch in einem Punkte verbunden sind.
4. Kleine Körperchen mit eben sichtbarem fädigen Fortsatz.

Haben wir es hiebei mit Entwicklungsstadien zu tun; ist es überhaupt ein körperfremder Organismus, oder sind es nicht vielmehr einfache Kernniederschläge usw.?

Dagegen spricht die gleichmäßige Größe. Bei intensiverer Färbung findet man größere Körper; vielleicht, daß eine umgebende Schleimschicht mit gefärbt wird. Auch um Farbstoffniederschläge handelt es sich nicht.

Prowazek, einer unserer besten Kenner der Vakzine, hatte die Güte, einige Präparate durchzusehen; auch er konnte bei der Kleinheit dieser Organismen nicht zu einer Entscheidung kommen: vielleicht handelte es sich um identische Dinge mit seinen Initialkörperchen. Dieselben Körperchen fanden sich auch in der reinen Kalbslymphe.



Es lag nahe, da die Levaditimethode bei der Spirochätenforschung so ungeahnte Erfolge gebracht hatte, diese auch auf die Kalbspustel und Kaninchenkornea zu übertragen.

Die geimpfte Kaninchenkornea wurde nach der alten Levaditivorschrift nach Formalinfizierung imprägniert. Hier finden sich dreimal 24 Stunden nach der Impfung in der Impfzone zahlreiche ovale, kleine, grüngelbe Alveolen im Protoplasma des Epithels, daneben zahlreiche sehr kleine schwarze Körperchen, mit einem Hof umgeben. Schließlich findet man, den Kern einbuchtend, kleine ovale Gebilde mit scharfer Kontur, in der Mitte ein schwarzes Korn, und größere, bei denen zentral 6 schwarze Körperchen gezählt werden konnten, um dieselben herum sieht man eine ungefärbte Zone. (Vakzinekörperchen?) Die freien schwarzen Körperchen findet man hauptsächlich in der untersten Epithelschicht; zum Teil ziemlich entfernt vom Orte der Verletzung. Ob diese Körperchen identisch sind mit den Körperchen in der Haut, im Ausstrich, in den Photographien mit ultraviolettem Licht, bei der Dunkelbeleuchtung, wage ich nicht zu entscheiden. (Münchener med. Wochenschr. Nr. 49.)

*

Über das proteolytische Ferment der Leukozyten und die Autolyse normalen Menschenblutes. Von Franz Erben.

Vor kurzem haben Müller und Jochmann zum Nachweise des Leukozytenfermentes Löfflerserumplatten verwendet und gefunden, daß eine verdauende Wirkung im Laufe der ersten Tage bei 37° C fehlt, bei 50° C aber deutlich ist. In E.'s Arbeit, in der zum erstenmale der Nachweis eines proteolytischen Fermentes im leukämischen Blute erbracht ist, konnte H. nun schon nach 70stündiger Autolyse bei 36° C die Bildung unkoagulabler Eiweißkörper nachweisen. Nachuntersuchungen mit leukämischen und normalen Leukozyten auf Löfflerserum ergaben eine Bestätigung der Befunde der obengenannten Autoren: fehlende Verdauung bei 37° C, starke Andauung bei 50° C (schon bei etwa 40° leichte Andauung).

Kaninchen- und Meerschweinchenleukozyten verdauen auch H.'s Serumplatten nicht.

H. hat nun nach derselben Methode wie in seiner obenangegebenen Arbeit im normalen Menschenblut Autoproteolyse nachzuweisen versucht.

Damit ist Autoproteolyse auch für normales Menschenblut nachgewiesen. (Münchener medizinische Wochenschrift, Nr. 52, 1906.)

*

Die Unwirksamkeit der komplexen Hämolysine in salzfreien Lösungen und ihre Ursache. Von Adolfo Ferrata.

1. In salzfreien respektive sehr salzarmen Lösungen, deren Isotonie für die roten Blutkörperchen durch Traubenzucker oder Rohrzucker aufrecht erhalten wird, findet die Hämolyse durch ein entsprechendes komplexes Hämolysin nicht mehr statt.

2. Dieses Ausbleiben der Hämolyse beruht darauf, daß das Komplement in den salzarmen Lösungen seine Wirksamkeit verliert.

3. Es zerfällt nämlich bei Entfernung der Salze das Komplement in zwei Komponenten, deren eine in den Niederschlag des Serumglobulins übergeht, deren andere in Lösung bleibt.

4. Jede dieser Komponenten an und für sich ist unwirksam, ihre Vereinigung in salzhaltiger Lösung führt zur Wiederherstellung des wirksamen Komplements.

5. Die für die Komplemente charakteristische Thermolabilität kommt der in salzfreien Medien gelöst bleibenden Komponente zu. (Berliner „klinische Wochenschrift" 1907, Nr. 13.)

*

Über Hüftgelenksluxationen. Von Professor Ludwig R. v. Ruediger Rydygier, k. k. Hofrat.

Autor bespricht eingangs einen sehr lehrreichen Fall, wo ein sonst tüchtiger Spitalsarzt eine Hüftgelenksluxation nach einem Eisenbahnunfall nicht erkannt hat, was ihm sein bedeutendes Fixum als Eisenbahnkonsultant gekostet und — was noch viel unangenehmer ist — dem Patienten an seiner Gesundheit in so hohem Maße geschadet, daß der verstorbene Professor Albert ihm nach einer späteren Untersuchung erklärte: „Die Eisenbahn hat Ihnen einen sehr großen Schaden zugefügt, aber der behandelnde Arzt einen noch größeren." Nach einem Eisenbahnunfall wurde nämlich ein Arbeiter mit ganz zermalmten Beine stark blutend in das Spital eingeliefert. Der betreffende Direktor des Spitals mußte schleunigst eine hohe Oberschenkelamputation ausführen. Nachdem die Amputationswunde nach mehreren Wochen zugeheilt war, konnte der Patient trotztem nicht recht auf seinen Krücken herumgehen, so daß der Arzt ihn auf Kosten der Eisenbahn nach Baden schickte. Auf der Durchreise durch Wien konsultierte der Patient Professor Albert, welcher an dem nicht amputierten Beine eine leider nicht erkannte und jetzt schon veraltete Hüftgelenksluxation als Ursache des schlechten Ganges feststellen mußte. Natürlich war das doppelt verhängnisvoll für den armen Patienten, dem das zweite Bein fehlte. Unzweifelhaft war das ein grobes Versehen, daß der betreffende Arzt selbst während eines mehrwöchigen Aufenthaltes des Kranken im Spital die Luxation am nichtamputierten Beine nicht erkannt hat; aber das wird ein jeder zugeben, daß im ersten Augenblicke, wo der stark blutende Patient auf dem Tische lag, wo ein großer Teil des einen Beines abgerissen war, und also der Vergleich des einen Beines mit dem anderen, was Länge — teilweise auch Lage anbetrifft — fehlte, wo keine Klagen des Patienten direkt auf das andere Bein aufmerksam machten, wo überdies alles auf möglichst schleunige Amputation des abgequetschten Beines drängte, daß im ersten Augenblicke sehr leicht die anderseitige Hüftgelenksluxation übersehen werden konnte.

Die traumatischen Hüftgelenksluxationen — und nur von diesen wollen wir hier sprechen — sind nicht allzu häufig; sie nehmen erst den dritten Platz in der Häufigkeitsskala mit etwa 12% ein, gegenüber 52% der Schulter- und 27% der Ellenbogenluxationen. Dieses ist trotz des langen Hebelarmes, den das Bein darstellt, leicht erklärlich durch die Tiefe der Pfanne, sowie die Festigkeit der Kapsel mit ihren ungemein kräftigen Verstärkungsbändern, und die Widerstandsfähigkeit der das Gelenk umgebenden mächtigen Muskeln. Deshalb können nur große Gewalten, wie Verschüttung durch auffallende Erd- oder Steinmassen, Überfahrenwerden von schweren Lastwagen, Fall aus beträchtlicher Höhe und dergl. diese Verletzung hervorbringen. Dementsprechend kommt die Hüftgelenksluxation auch am allerhäufigsten in dem arbeitskräftigen Alter von 20—50 Jahren vor. Bei Kindern sind überdies die Bänder zu elastisch, so daß die dünnen Knochen eher nachgeben als diese jugendlichen Bänder; im Greisenalter hinwiederum sind die Knochen durch Rarefaktion so brüchig geworden, daß hier viel leichter eine Fraktur des Schenkelhalses zustande kommt.

Infolge der tiefen und unter der mächtigen Muskelmasse versteckten Lage des Hüftgelenks entstehen diese Luxationen meist nur durch indirekte Einwirkung der verletzenden Gewalt auf den Rumpf oder Schenkel. Der Gelenkkopf wird in der Regel durch eine plötzliche und gewaltsame Übertreibung einer sonst physiologischen Bewegung aus der Pfanne herausgehebelt, indem der Schenkelhals am überknorpelten Pfannenrand und den Hemmungsbändern ein Hypomochlion gewinnt.

Entsprechend der Richtung der verletzenden Gewalteinwirkung verläßt der Kopf die Pfanne nach hinten, vorn, oben oder unten, indem die Kapsel an der entsprechenden Stelle vorher einreißt. Selten jedoch bleibt er in dieser primären Stellung nahe der Pfanne stehen, vielmehr treibt ihn die weiter fortwirkende Gewalt und die Schwere des Gliedes in die sekundäre Stellung, in welcher er durch die unverletzten Kapselteile — vor allem aber durch das überaus starke Lig. ileo-femorale s. Bertini festgestellt wird. Es ist das große Verdienst Bigelows, darauf mit Nachdruck hingewiesen zu haben, welchen entscheidenden Einfluß dieses Band ver-



möge seiner Spannung auf die typische Stellung des luxierten Gliedes in der Regel ausübt. Bigelow ging so weit, das Erhaltensein oder Nichterhaltensein dieses Bandes als Einteilungsprinzip der Hüftgelenksluxationen aufzustellen, indem er im ersten Falle die Luxationen als regelmäßige, im zweiten, wo äußerst schwere Gewalten, z. B. Maschinenverletzungen, auch dieses stärkste Band des Körpers zerrissen haben, als unregelmäßige benennt.

Die Einteilung der Hüftgelenksluxationen hat von jeher Schwierigkeiten bereitet. R. persönlich würde dem von seinem unvergeßlichen Lehrer C. Hüter angegebenen Einteilungsmodus den Vorzug geben, welcher den Entstehungsmechanismus und damit auch teilweise das Repositionsmanöver im Namen zugleich ausdrückt. Indessen will R. die Konzession dem fast allgemein angenommenen Gebrauch machen und die Hütersche Bezeichnung erst hinter der gewöhnlich gebrauchten setzen.

1. Die Luxationen nach hinten; Luxatio ischiadica et iliaca; Luxationen durch Beugung und Adduktion (Hüter) wollen wir zuerst besprechen, weil sie am häufigsten vorkommen — etwa viermal auf fünf. Für gewöhnlich entstehen die Luxationen nach hinten durch Einwirkung von Gewalten, welche die untere Extremität in Flexions-, Adduktions- und Innenrotationsstellung drängen, indem sie entweder das Bein an das fixierte Becken, oder — was häufiger der Fall ist — umgekehrt das Becken an das festgestellte Bein übermäßig nähern, z. B. bei Verschüttungen. Je nachdem die Gelenkkapsel und die sie umgebenden Muskeln weniger oder mehr zerrissen sind, bleibt der Kopf nahe der Incisura ischiadica major unterhalb des M. obturator internus stehen — und dann haben wir es mit der Luxatio ischiadica zu tun; oder weitere Kapselteile und selbst der M. obturator int. sind zerrissen, und dann kann der Schenkelkopf höher hinaufrücken auf die Außenfläche des Os ilei, und dann ist die Luxatio iliaca zustande gekommen. Diese beiden Luxationsformen sind prinzipiell nicht verschieden, wenn sie in dieser Weise entstehen.

Nun gibt es noch eine andere Entstehungsweise der Luxatio iliaca, die eine genauere Beachtung gewiß verdient, da sie das Repositionsmanöver beeinflußt. Es kann nämlich bei mässiger Flexion des Oberschenkels der Kopf durch . dduktion und Rotation nach innen gegen den hinteren oberen oder seitlichen Teil der Gelenkkapsel angedrängt werden; bei genügender Gewalteinwirkung kann an dieser Stelle die Gelenkkapsel einreißen, und der Schenkelkopf gelangt direkt auf das Darmbein (L. iliaca directa). Hier haben wir den Kapselriß hinten oben, während wir bei der ersten Entstehungsweise, der Luxatio iliaca indirecta, die man auch Luxatio ischiadico-iliaca nennen könnte, den Kapselriß an der hinteren unteren Umrandung der Pfanne zu suchen haben, was bei den Repositionsversuchen nicht zu vergessen ist. Zu bedauern ist nur, daß wir aus den Symptomen der fertigen Luxationen nicht erkennen können, welcher Entstehungsmodus im gegebenen Falle vorliegt. Erst wenn die Reposition beim Gegenüberstellen des Schenkelkopfes dem unteren hinteren Abschnitt der Gelenkkapsel nicht gelingt, müssen wir uns daran erinnern, daß der Kapselriß sich auch hinten oben oder seitlich befinden kann, wenn wir es nämlich mit einer direkten Luxatio iliaca zu tun haben. Der verrenkte Schenkelkopf steht auch bei dieser Luxationsform über dem M. obturator internus — nur braucht der Muskel nicht zerrissen zu sein; der untere Kapselteil ist intakt.

Die Symptome der Luxationen nach hinten sind so charakteristisch, daß bei genauer Kenntnis des Entstehungsmechanismus und einiger Aufmerksamkeit ein Irrtum leicht zu vermeiden ist. In frischen Fällen kann man nicht leicht den luxierten Schenkelkopf an der falschen Stelle durch die dicke Fett- und Muskellage hindurchfühlen, zumal bei fetten Personen oder bei Anwesenheit eines stärkeren Blutextravasats. Ist dies nicht der Fall, so wird es namentlich in der Narkose doch meist gelingen, in der Tiefe des Gesäßes einen harten, kugeligen Körper herauszutasten, der die mit dem Beine ausgeführten Bewegungen, insbesondere Rotationen, mitmacht.

Viel sicherer und mehr in die Augen springend sind die Symptome, welche aus der falschen Stellung der unteren Extremität resultieren; bei beiden Luxationen nach hinten steht das luxierte Bein in Beugung, Adduktion und Rotation nach innen und ist dabei verkürzt. Die wirkliche — reelle — Verkürzung ist bei der Luxatio iliaca bedeutender als bei der ischiadica, weil bei der ersteren der Schenkelkopf höher hinaufrückt als bei der letzteren. Sucht man den Trochanter major auf und man wird finden, daß er bei der L. iliaca etwa 3—7 *cm* über der Nélaton-Roserschen Linie steht, bei der L. ischiadica nur zirka 2—3 *cm*. Außer dieser faktischen Verkürzung entsteht eine scheinbare dadurch, daß der Patient die Adduktion durch Hebung der kranken Beckenseite zu korrigieren sucht.

Umgekehrt ist bei der L. ischiadica die Beugung viel stärker als bei der iliaca, was bei Berücksichtigung des Entstehungsmechanismus von selbst einleuchtend ist. (Schluß folgt.)

III. Aus der Praxis.

Ad. Schmidt, **Über die Behandlung des Magengeschwürs.** (Schluß.)

Hier kommt viel darauf an, daß der Arzt genaue Vorschriften gibt und sich um die Herstellung der Nährflüssigkeit selbst kümmert; denn wenn man die Rektalernährung ganz dem Laien überläßt, wird nur zu leicht die Schleimhaut gereizt und damit der Weg gesperrt. Beim Übergange zur Munderernährung gibt man in den ersten Tagen eisgekühlte Milch, eiskaltes Fleischgelée usw.

Von arzneilichen Mitteln zur Bekämpfung der Blutung ist nicht allzuviel zu erwarten. Per os kann man Plumbum aceticum (zweistündlich 0·05 in Pulvern) oder Adrenalin (1—2 *cm*³ der 0·1%igen Lösung) geben; mehr empfehlen sich subkutane Ergotininjektionen (Ergotin 2·0, Aqua und Glyzerin aa 5·0, zweistündlich eine Spritze) oder Gelatineeinspritzungen. Von verschiedenen Seiten ist vorgeschlagen worden, den Magenschlauch einzuführen und den Magen mit Eiswasser zu berieseln, aber ich fürchte, es werden sich nur wenige Ärzte, wenn der Kranke vor ihren Augen Blut bricht, zu einem derartigen Eingriff entschließen. Nicht viel anders steht es mit Eingießungen von Wismutaufschwemmung durch die Sonde.

Hochgradige Blutverluste verlangen eventuell subkutane Kochsalzinfusionen oder die Autotransfusion durch Entwicklung und Hochlegen der Beine. Stets muß aber bei wiederholten und schweren Blutungen die Frage der Operation in Erwägung gezogen werden und man wird gut tun, dieselbe nicht allein, sondern unter Zuziehung eines Chirurgen zu entscheiden. Im allgemeinen sind die Chancen einer Heilung durch operativen Eingriff (sei es durch Unterbindung des blutenden Gefäßes, durch Kauterisation, durch Exzision des Geschwürs oder durch Gastroenterostomie) hier nicht groß. Wiederholte kleinere Blutungen geben noch die günstigste Aussicht.

Ähnlich wie bei schweren Blutungen liegen die Verhältnisse bei drohender Perforation des Geschwürs in die Bauchhöhle. Die Zeichen, welche auf ein derartiges Ereignis hindeuten, sind allerdings trügerisch. Nur wenn peritonitische Reizerscheinungen deutlich ausgesprochen sind oder Reibegeräusche in der Oberbauchgegend hörbar werden, hat man einige Sicherheit. Man wird in solchen Fällen, wenn man sich nicht sofort zur Operation entschließt, deren Aussichten hier weit bessere sind, die Therapie ganz wie bei Blutungen gestalten müssen. Ist die Perforation tatsächlich erfolgt, so kann natürlich nur schleunige Operation in Frage kommen. Aber auch die Diagnose der vollendeten Perforation ist nicht leicht, denn es ist nicht unbedingt erforderlich, daß das Erbrechen nun sofort aufhört und die Zeichen der Peritonitis gleich deutlich in die Erscheinung treten. Immerhin würde ich in einem Falle, wo der Verdacht auf Perforation besteht, wenn irgend die Kräfte es erlauben, eher zur Operation als zum Abwarten raten.

Verengerungen des Pylorus verlangen, wenn sie zu einer motorischen Insuffizienz zweiten Grades führen, ebenfalls das Messer. Bei leichteren Graden der Passagebehinderung kann man dagegen abwarten, zumal wenn anzunehmen ist, daß das Ulkus selbst ausgeheilt ist. Derartige Patienten können unter sorgfältiger Diät und regelmäßigen oder zeitweisen Spülungen, die sie selbst lernen sollen, in einem durchaus erträglichen Zustande gehalten werden. In zweifelhaften Fällen muß dem Kranken selbst die Entscheidung darüber überlassen bleiben, ob er lieber die Gefahren der Operation auf sich nehmen oder die Beschwerden, welche ihm sein Leiden verursacht, dauernd tragen will. Die äußeren Verhältnisse sind hier oft ausschlaggebend.

Zunehmendes Interesse beanspruchen in letzter Zeit die sogenannten perigastritischen Adhäsionen, flächenhafte oder strangförmige Verwachsungen des Magens mit den Nachbarorganen, deren einziges klinisches Zeichen manchmal in heftigen, nicht immer von der Nahrungsaufnahme abhängigen,

lokalisierten Schmerzen besteht. Die Entstehung derartiger Verwachsungen ist nicht immer klar, jedenfalls braucht keineswegs stets ein bis auf die Serosa reichendes Ulkus da gewesen zu sein. Nach Lösung der Adhäsionen verschwinden dann die Beschwerden mit einem Schlage, aber es kommt vor, daß die Neigung zu Verwachsungen fortbesteht, so daß früher oder später ein Rezidiv folgt. Die Schwierigkeit dieser Fälle liegt mehr in der Diagnose als in der Therapie, denn die letztere kann selbstverständlich nur eine chirurgische sein, nachdem die Versuche mit Thiosinamiteinspritzungen völlig versagt haben.

IV. Notizen.

Die ständige Anwesenheit des Alkohols im Blute des Menschen will, wie ein englisches physiologisches Blatt meldet, Dr. Fort nachgewiesen haben. Er hat ganz genaue Versuche in dieser Beziehung angestellt und ihn sowohl im Blute als auch in den körperlichen Geweben nachweisen können, denn 69·70 *g* Ochsenblut enthielten 0·065 *g* Alkohol und 870 *g* Lunge 0·0168 *g* Alkohol. Auf 10.000 Teile Blut kamen also im Mittel 0·0570 *g* Alkohol. Dr. Fort glaubt, daß letzteres aus der Dextrose herrührt, von der zirka 90% bei der Wärmeentwicklung im Körper zu der allmählichen Oxydation des Alkohols verwendet würde, Man wird gut tun. die Versuche Forts sorgfältig nachzuprüfen, ehe man die von ihm behaupteten Tatsachen als unanfechtbar annimmt. Es wurde schon sehr oft nach der Anwesenheit von Alkohol in den Körpergeweben und in dem Blute gesucht, ohne daß bis jetzt einwandfreie Beweise dafür vorliegen. Es erscheint auch durchaus unwahrscheinlich, daß Alkohol sich im Organismus aufhalten könnte, ohne oxydiert zu werden.

Die Hypnose. Mitte März hielt der Physiologe Professor Max Verworn aus Göttingen, einer Einladung der Wiener psychologischen Gesellschaft folgend, einen überaus fesselnden Vortrag über das Wesen der Hypnose. Der Vortragende hob einleitend hervor, daß, wenn auch die Kenntnis einzelner hypnotischer Phänomene bereits in das große Publikum gedrungen sei, über das Wesen der Hypnose als solcher sowohl in Laien- wie in Ärztekreisen noch vielfach recht schiefe Ansichten herrschten. Namentlich der Meinung könne man noch immer begegnen, als enthielte der Tatbestand der Hypnose einen geheimnisvollen mystischen Kern. Demgegenüber betonte Professor Verworn aufs nachdrücklichste, daß die moderne Wissenschaft nichts derartiges in den hypnotischen Phänomenen zu entdecken vermöge. Übrigens sei schon der Name „Hypnose“ irreführend; denn mit dem Schlafe habe die Hypnose nichts zu tun. Vielmehr sei sie aufzufassen als ein partieller Wachzustand, der sich von dem Zustande des vollen Wachens nur quantitativ, nicht qualitativ unterscheide. Professor Verworn steht, wie man sieht, in der Reihe der Vertreter der sogenannten „Nancyschule“, wie Bernheim, Beaunis usw., und im Gegensatz zu der „Salpêtrièreschule“, Charcot und dessen Schüler, welche die Hypnose mit Krankhaftigkeit, respektive Hysterie identifizieren. Als konstantes Element in der bunten Mannigfaltigkeit der hypnotischen Erscheinungen zeigt sich nun die Tatsache der „Suggestibilität“, das heißt der Möglichkeit, auf künstliche Weise im Individuum Vorstellungen hervorzurufen, die sich, mangels der im vollen Wachzustand wirksamen Kritik oder Kontrolle, allen anderen Vorstellungen gegenüber zu behaupten wissen. Dazu finden sich nun im normalen Zustande Parallelerscheinungen. Die Macht der Suggestibilität herrscht auch im wachen Leben, nicht nur des Kindes und der primitiven Völker, sondern auch des erwachsenen Kulturmenschen, wenn das auch oft unbeachtet bleibt. So lassen sich z. B. der Hautkitzel, die Müdigkeitsempfindungen, das Gähnen usw. mit Leichtigkeit suggerieren, ja sogar höhere psychische Gebilde, z. B. das Verlegenheitsgefühl. Nur dem Grade nach unterscheiden sich aber solche Erscheinungen des gewöhnlichen Lebens vom hypnotischen Zustand. Der Mensch, der eine rohe Kartoffel als schmackhaften Apfel verzehrt, unterscheidet sich nur graduell von demjenigen, der sich mit Behagen dem Genusse eines langweiligen Theaterstückes, einer mißratenen Speise hingibt, bloß weil wir sie nachdrücklich als gut bezeichnet haben. Als weitere Folgerung ergibt sich, daß im allgemeinen in der Hypnose nichts möglich ist, was das betreffende Individuum nicht auch außerhalb derselben vollziehen kann. Die namentlich forensisch bedeutungsvolle Behauptung, daß der hypnotische Zustand Fähigkeiten vermittle, welche sonst gänzlich fehlen, ist nach Verworns Ansicht mit größter Skepsis aufzunehmen. Der Vortragende warf noch die Frage auf, ob auch Tiere der Hypnose zugänglich seien. Er hält Fälle von Hypnose im Tierreich ganz wohl möglich; namentlich im Leben des Hundes dürften Suggestionen eine große Rolle spielen. Mit einer prägnanten Zusammenfassung seiner Untersuchungen schloß Professor Verworn seinen Vortrag.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. **XXX. Jahrgang.** **LEIPZIG.**

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/₁, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 41. Wien, 12. Oktober 1907. **Nr. 41.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Ein Beitrag zur Behandlung der Lungenentzündung.

Von Dr. **Max Meyer**, Bernstadt.

Die bekannte, als genuine krupöse Pneumonie bezeichnete, unter hochfieberhafter Störung des Allgemeinbefindens verlaufende und in einem erheblichen Prozentsatze letal endigende krankhafte Veränderung des Lungengewebes an unbeschriebener Stelle zeigt sich bei eingehender Beobachtung in der Mehrzahl der Fälle nicht ohne Vorläufer. Der für die Erkrankung als charakteristisch angesehene Schüttelfrost und die lokalen Schmerzempfindungen bilden schließlich für den Kranken die treibende Ursache, ärztliche Hilfe zu suchen, während die vorherigen Störungen des Befindens ihrer scheinbaren Geringfügigkeit halber zumeist gar nicht beachtet werden. Es ist dies um so weniger wunderbar, als bei dem Klima in unseren Breiten, bei der Art und Weise unserer Ernährung, Lebensweise, Kleidung, Genußmittel usw. Störungen im körperlichen und seelischen Gleichgewicht nicht eben so selten auftreten, daß man ihnen sofort Beachtung schenkt.

Der gewissenhaft beobachtende Arzt ist vielfach in der Lage, den Ursprung mancher derartiger Verstimmungen richtig zu deuten. In der Mehrzahl der Fälle lassen sich diese unschwer auf eine Beteiligung des Magendarmapparates beziehen, wie wir sie teils als Appetitlosigkeit mit belegter Zunge und Stuhlverstopfung, teils als diarrhöische Erscheinungen kennen. Häufig gehen diese anfänglich geringfügigen Störungen in das Symptomenbild einer förmlichen Vergiftung über: Kopfschmerz, Frösteln, deprimierte Stimmung, Unlust zur Arbeit usw.

Die Entstehungsursache dieser, eine Hauptdomäne der ärztlichen Tätigkeit bildenden häufigen Störungen war lange Zeit unbekannt. Erst in neuerer Zeit brachte die Lehre von den Autointoxikationen insofern wichtige Aufklärungen, als sie darlegen konnte, daß gewisse Umwandlungen der Nahrungseiweißmoleküle im Darm in protoplasmafeindliche Verbindungen — ein als Eiweißfäulnis auch außerhalb des Körpers häufig zu beobachtender Vorgang — den Körper unter den Einfluß giftiger Stoffe setzen, welche je nach Menge und Dauer der Einwirkung das Bild einer mehr oder weniger starken, akuten oder chronischen Vergiftung des Körpers hervorrufen.[1] Außer diesen Eiweißumwandlungen treten noch mit gleich schädlicher Einwirkung Gärungsvorgänge und Fermentbildungen auf, deren Endprodukte in neuester Zeit durch Abderhalden[2]), Charrin und Le Play[3]) eingehend studiert und beschrieben worden sind.

Das Symptomenbild einer einmaligen, mächtigen Überflutung des Körpers mit derartigen Giftstoffen ist ohne weiteres klar ersichtlich, zumal dann, wenn man z. B. bei der akuten Fleischvergiftung den Nachweis erbringen konnte, daß das genossene Eiweiß (Fleisch) bereits vor dem Genusse gewisse Zersetzungen erfahren hatte, die sich dann bei der langsamen Passage im Darm noch steigern mußten. Es bleiben aber ganze Mengen von früher schwer deutbaren Gesundheitsstörungen übrig, die ohne ein eigentliches anatomisches Substrat verlaufen, und die sich schließlich zwanglos als latente Vergiftungen auffassen lassen.

Über den Ursprung aller dieser akuten und chronischen Vergiftungen hatte ich in meinen a. a. O. zitierten Schriften dargetan, daß sie, insoweit nicht der Genuß einer bereits von vornherein verdorbenen Nahrung in Frage kam, die Folge einer Verlangsamung der Darmpassage sind, wodurch die dem Darmkanal als Nahrung einverleibte organische Materie stagnieren und schließlich gewisse Zerstörungen eingehen mußte.

Die Veranlassungen zu einer Verlangsamung der Darmtätigkeit sind nun mancherlei. Das Prototyp einer künstlich gesetzten Verlangsamung der Darmbewegung bildet die bekannte im Anschluß an Opiumdarreichung eintretende Stuhlverstopfung. Über den Hergang hiebei wissen wir seit den Untersuchungen Prof. Pals[4]), daß es sich hiebei um eine Erregung — nicht Lähmung — der Darmganglien handelt, und daß infolge dieser Erregung die Darmmuskulatur einen tonischen Reiz erfährt, demzufolge sie in einer Art aktiver Mittelstellung verharrt; diese aktive Mittelstellung — man könnte sie beiläufig als „krampfig" bezeichnen — steht im Gegensatze zu der normalen peristaltischen Darmbewegung und läßt während ihres Bestehens die Ingesta wenig oder gar nicht weiter wandern. Es ist sehr wahrscheinlich, daß ebenso wie das Opium eine ganze Anzahl weiterer Reize wirken, z. B. reflektorische Kälteeinwirkungen, Genuß gewisser Speisen, Gemütserregungen (Angst, Kummer, Schreck), kalter Trunk, Sitzen auf kalter

[1]) Vergl. hierüber Verf. Schriften: Die Blinddarmentzündung. München 1906; Ist der Typhus eine Infektionskrankheit? Fortschritte der Medizin 1905, Nr. 1 u. 2. Die Gesundheitsstörungen vom Darm aus. München 1904 usw.

[2]) Medizin. Klinik 1905, 46, 47.

[3]) Le Bullet. méd. 1905, Nr. 58.

[4]) Wiener med. Presse 1900, Nr. 45.



Unterlage usw. Wir dürfen uns ohne weiteres vorstellen, daß durch einen der genannten Reize gewisse Darmganglien in ähnlicher Weise gereizt werden wie durch Opium, und daß die folgende Verlangsamung der Darmpassage, je nach Stärke und Dauer der Reizeinwirkung, eine verschiedene ist. Dementsprechend verhält sich nun auch die Verlangsamung der Darmbewegung verschieden, die sich von einfacher, unregelmäßiger und verzögerter Darmausleerung bis zur vollständigen Stuhlverhaltung steigern kann. Unterstützend hiebei wirkt von Fall zu Fall die Art der einverleibten Nahrung, indem namentlich eine fortgesetzte oder von Zeit zu Zeit in erhöhtem Maße zugeführte Fleischnahrung wegen ihres den Darmwänden zäh anhaftenden Fibringehaltes, auch ohne sonstige Reize rein mechanisch eine Verlangsamung der Passage im Darminnern bewirkt, bei einer einsetzenden, durch Nervenreize bewirkten weiteren Darmstase aber ihrerseits durch rasche Zersetzung einen weiteren Anreiz zu tonischer Darmnervenerregung und sonst vermehrter Stase bildet. Bei Überschreiten einer gewissen Reizschwelle aber, und jedenfalls im Verein mit eingeführten Gewürzstoffen (Pfeffer, Senf, Kochsalz usw.) und Genußmitteln (Tabak, gewisse Früchte, Kompotts, Bier, Wein usw.) überwindet der Reiz der Ingesta den ursprünglichen Tonus, indem er die Darmperistaltik von neuem kräftig anregt oder ihr durch eine gewisse Außerbetriebsetzung der tonischen Ganglien freien Lauf läßt. Die Folge davon sind dann häufig profuse Diarrhöen, die aashaft stinkende Massen zutage fördern, und, wenn in genügender Weise entleert, auch große subjektive Erleichterung bewirken gegenüber den anfänglichen, eingangs erwähnten Intoxikationserscheinungen mit mehr oder weniger starker Störung des Allgemeinbefindens. Dieser relativ günstige[5]) Ausgang bildet aber keineswegs die Regel. In einer vorwiegenden Anzahl der Fälle balanciert die vermehrte Ausleerung mit zeitweiser Verhaltung so leidlich, bis entweder unter der ständigen Einwirkung kreisender und durch die Ausscheidungsorgane eliminierter Toxine die Ausscheidungsorgane und auch das Gesamtkörperprotoplasma (chron. Krankheiten) zu erkranken beginnen oder eine akute Krankheit, oft scheinbar wie ein Blitz aus heiterem Himmel — in Wirklichkeit aber als der Schlußeffekt fortdauernder Brüskierungen zutage tritt.

Bezüglich einiger zumeist akuter Krankheitsformen hatte ich, zum Teil unter Beifügung von Krankengeschichten, deren Zusammenhang mit vorherigen Störungen der Darmtätigkeit erörtert.[6]) Dieser Zusammenhang war ganz besonders ersichtlich in einer Anzahl von Krankengeschichten, die ich in einer längeren Arbeit (Ärztl. Praxis 1904 l. c.) veröffentlichte. Ein weiterer Fall aus jüngster Zeit ist so instruktiv, daß er in folgendem etwas ausführlicher Erwähnung finden möge.

Es handelt sich um einen 50jährigen Gutsbesitzer, der am 20. Oktober cr. erkrankt war. Eltern hochbetagt gestorben (Vater im 80. Lebensjahre, Mutter im 70. Jahre an chronischem Lungenkatarrh). Der Kranke war bis auf kleinere Verdauungsstörungen usw. nie ernstlich krank gewesen. Zeitweise bestand Neigung zu Schnupfen und Husten.

Die Erkrankung begann mit Mattigkeit, Frösteln, Kopfröte und alsbald mit dumpfen Seitenschmerzen rechterseits. Die Untersuchung am 20. Oktober ergab hohes Fieber, vollen und beschleunigten Puls, und ganz undeutliche Abschwächung des Atmens über der rechten oberen Lunge. Die Atmung war etwas beschleunigt, die Sprache kurz abgebrochen. Anamnestisch war zu ermitteln, daß der Mann vor etwa 10 Tagen beim Einholen der Rüben noch in Sommerkleidung gewesen war, sich zeitweise erhitzt und bei längerem Stehen wieder erkältet hatte. Schon damals hatte sich ein zeitweises Frösteln eingestellt. Der Stuhlgang soll bis etwa zwei Tage vor der Erkrankung immer regelmäßig gewesen sein. Seit 18. Oktober war keine Stuhlentleerung mehr erfolgt, es stellte sich Appetitlosigkeit und belegte Zunge ein. Verordnung am 20. Oktober: zweimal täglich eine Mittelsalzlösung (Natr. sulf., Magnes. sulf., Kali sulf., Natr. chlorat. usw. in der Gesamtmenge von 10 *g* auf etwa 200 *g* Wasser), außerdem eine Schwitzpackung im Bett und hiebei vier Dosen von je 1 *g* Aspirin in halbstündigen Zwischenräumen.

Am 21. Oktober, trotz zweimaligen Einnehmens der Mittelsalzlösung, keine Stuhlentleerung, wenig Schweißausbruch, Fortdauer der Brustschmerzen und der Kurzatmigkeit. Objektive Untersuchung ergab: Lungenbefund wie am Tage zuvor, hohes Fieber (39°), beschleunigter Puls. Es stellte sich trockener, schmerzhafter Husten ohne Auswurf ein.

Am 22. Oktober früh wenig wässerige Stuhlentleerung von aashaftem Geruch. Die Mittelsalzlösung wird wiederholt, bewirkt aber keine weitere Entleerung mehr.

Am 23. Oktober Zunahme der Schmerzen und der Kurzatmigkeit, beginnender rostfarbener Auswurf, dick belegte Zunge, keine Stuhlentleerung. Objektiver Befund: beginnende Dämpfung r. h. o., abgeschwächtes Atmen, Fieber und Puls wie vorher. Da keine weitere ausgiebige Stuhlentleerung erfolgt war, so wurden Pillen von Kalomel und Koloquinthen gereicht, und zwar täglich 1—2 Stück.

Am 24. Oktober erhielt ich den Bescheid, daß der Kranke in der Nacht zuvor mehrere starke Entleerungen verwest riechender Massen gehabt und danach stark geschwitzt habe; er sei sehr matt geworden.

Bei der Untersuchung am 25. Oktober wurde der Kranke fieberfrei angetroffen. Der Schweiß stand in dicken Perlen auf Gesicht und Körper. Hemd und Bettuch waren stark durchnäßt. Puls weich. 80. Deutlicher rostfarbener Auswurf. Dämpfung r. h. o. und v. o. r. bis zur Mitte und gedämpft tympanitischer Schall und abgeschwächtes Atmen r. h. u. Auf nochmalige Mittelsalzgabe waren am 25. Oktober noch weitere fötide Entleerungen mit großer Erleichterung des Kranken erfolgt. (Fortsetzung folgt.)

[5]) Wie ich an anderer Stelle (Wiener med. Wochenschrift 15. Dez. 1906) darlegen will, verhalten sich trotz vermehrter Darmbewegung oftmals zersetzte Massen im Darminnern zum Unheil für den Körper, wenn es nicht rasch gelingt, sie zu eliminieren.

[6]) Verf.s Schriften: Die Erkältung. München 1904. Eine neue Theorie über Lungenentzündung. Ärztl. Praxis 1904, Nr. 13. Die Beziehungen zwischen Darmtätigkeit und akuter Krankheit. Zentralblatt für innere Medizin Nr. 9, 1905. Lungenleiden. Therapeut. Monatshefte Nr. 11, 1904. Hautaffektionen. Wiener med. Wochenschrift Nr. 28, 1904.

Österreichischer Ärztekammertag in Troppau.

Dr. List verlangte auf dem Ärztekammertag die Schaffung eines Reichsseuchengesetzes wegen der großen Blattern- und Choleragefahr. Dr. Grün aus Wien berichtete, daß es der Wiener Ärztekammer gelungen sei, von der Postdirektion 600 telephonische Anrufe jährlich, die im Interesse des Gemeinwohles gelegen sind, freigestellt zu bekommen, die nicht in die Telephongebührenberechnung einzubeziehen sind.

Sodann kam der wichtigste Gegenstand der Tagesordnung in Beratung, die Wünsche der Ärzte anläßlich der Reform des Strafgesetzes. Dr. Ruhenstroth beantragt namens der schlesischen Ärztekammer, daß der Verlust des Doktortitels und der Praxisberechnung nur dann eintreten soll, wenn ein Verbrechen aus entehrenden Beweggründen begangen wurde, denn es könnten einmal Verhältnisse vorhanden sein, wo ein sittlich berechtigter Beweggrund zum Bruche der Rechtsordnung führt. Wenn in solchen Fällen nicht die Straflosigkeit wegen unwiderstehlichen Zwanges eintritt, dürfe die Bestrafung doch nicht gleichzeitig den Ehrverlust nach sich ziehen. — Für den Kampf gegen die Kurpfuscherei wird folgender Paragraph empfohlen: „Wer ohne gesetzliche Berechtigung zum Ausübung der Heilkunde einen Kranken ärztlich behandelt, be-

geht die Übertretung, beziehungsweise das Vergehen der Kurpfuscherei.“ Denn die heute erforderliche Gewerbsmäßigmäßigkeit und Entgeltlichkeit lassen sich ohne große Schwierigkeit nie nachweisen. — Der Kunstfehlerparagraph soll ganz entfallen, da ja andere Paragraphe das Leben und die Gesundheit genug schützt; ebenso wird die Beseitigung der Anzeigepflicht seitens der Ärzte, Apotheker und Hebammen gefordert; diese steht im Widerspruch mit der Schweigepflicht der Ärzte.

In der Diskussion machte der Delegierte der Wiener Kammer Dr. Heinrich Grün darauf aufmerksam, daß sich die Ärzte nicht so sehr gegen das alte Gesetz wenden sollen, als vielmehr gegen die Bestimmungen des Strafgesetzentwurfes. Insbesondere müsse gegen die mildere Behandlung der Kurpfuscherei Einspruch erhoben werden. Statt der Arreststrafen seien nur Geldstrafen vorgesehen worden; dann sei auch die Bezeichnung „gewerbsmäßig“, die bei den richterlichen Urteilen eine kautschukartige Auslegung gefunden hat, wieder aufgenommen worden. Er beantragte namens der Wiener Ärztekammer und der Österreichischen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums, dem § 343 des Strafgesetzes folgende Fassung zu geben: „Mit Arrest von einer Woche bis zu einem halben Jahre soll bestraft werden: Wer ohne durch ein inländisches Doktordiplom oder durch die Nostrifizierung eines auswärtigen Diploms die gesetzliche Berechtigung zur Behandlung von Kranken erlangt zu haben, gleichgültig, ob gegen Entgelt oder unentgeltlich, sich außer im Falle dringender erster Hilfe mit der Behandlung eines oder mehrerer Menschen befaßt. — Bei gesundheitlicher Schädigung eines Menschen durch die unbefugte Behandlung treten die Folgen des § 335 ein.“ — Auch die Unzurechnungsfähigkeit müsse genauer definiert werden. Heute kann nur wenig Personen die strafrechtliche Verurteilung erspart werden, da des Gebrauches der Vernunft beraubt nur Idioten sind. Neue Bestimmungen müßten im Einvernehmen mit den Psychiatern und gerichtlichen Sachverständigen ausgearbeitet werden. Bei der Abstimmung wurden hauptsächlich die schlesischen Anträge zum Beschluß erhoben. (Schluß folgt.)

Internationale Tuberkulosekonferenz.

In Wien begann am 19. September im großen Festsaale der Wiener Universität die feierliche Eröffnungssitzung der Sechsten internationalen Tuberkulosekonferenz.

Der Vizepräsident der Internationalen Vereinigung, Hofrat v. Schrötter, eröffnete den Kongreß im Namen von Bourgeois, welcher durch die Haager Konferenz am Erscheinen verhindert ist, und begrüßte die illustre Versammlung. Hofrat v. Schrötter fährt dann fort: „Mit großer Genugtuung kann festgestellt werden, daß die verschiedenen Konferenzen Ersprießliches geleistet und bereits sichtbare Früchte gezeitigt haben. Ausgezeichnete Männer der Wissenschaft und hervorragende Soziologen sehen wir zu gemeinsamer Arbeit vereinigt im Kampfe gegen die Infektionskrankheiten und im besonderen gegen die verheerendste, die Tuberkulose. Immer reger und reger wird das Interesse an diesen Bestrebungen, immer tiefer dringt die Erkenntnis der Notwendigkeit energischer Maßnahmen auch in den breiteren Schichten ein. Trotzdem möchte ich aber dem Wunsche und der Hoffnung Ausdruck verleihen, daß es uns gelingen möge, die Menschheit doch noch mehr von der Naturnotwendigkeit fortgesetzter hygienischer Maßnahmen gegen die Infektionskrankheiten zu überzeugen und sie von jener Leichtfertigkeit und Sorglosigkeit abzubringen, der man so häufig begegnet, wenn die Schrecken einer drohenden Epidemie geschwunden sind und die Gefahr beseitigt ist.

Nur zu oft sieht man, wie die zeitlich gesteigerte Energie wieder rasch stumpfem Gleichmut weicht und die Bestrebungen zur Verhütung kommender Gefahren erlahmen. Der von uns erreichten hohen Kulturstufe entspricht es jedoch, daß wir uns gegen jene Gefahren, die wir kennen, fortgesetzt aller Mittel bedienen, um im Kampfe stets auf das Beste gerüstet zu sein. Wie dies im allgemeinen zu gelten hat, so erfordert es die leider enorme Verbreitung der Tuberkulose, die geradezu volksverheerende Wirkung derselben, daß wir unsere Kräfte auf das äußerste steigern, um hier endlich unzweifelhafte Erfolge zu erringen. Wenn der entscheidende Sieg vielleicht auch etwas ferner liegt, so wird doch auch diese Konferenz, die wiederum die berufensten Männer vereinigt hat, wertvolle Ergebnisse liefern und dadurch dazu beitragen, dem erstrebten Ziele im Dienste der Humanität näher zu rücken.“

Hierauf nahm Minister Dr. Freiherr v. Bienerth das Wort. Er begrüßte die Anwesenden in deutscher und französischer Sprache und sprach über den Stand der Tuberkulosebekämpfung in Österreich.

„Hierzulande sind wir diesem Kampffelde nicht müßig ferngeblieben; die österreichischen Ärzte, unter ihnen ihr Vorkämpfer Hofrat Prof. Dr. v. Schrötter, dürfen vielmehr das Verdienst für sich in Anspruch nehmen, schon vor geraumer Zeit die einschlägigen Fragen wissenschaftlich erörtert und rationelle Vorkehrungsmaßnahmen angeregt zu haben.

Durch die Feststellung des Krankheitserregers wurde dann eine sichere Grundlage gegeben, auf der die österreichische Sanitätsverwaltung ernstlich an das große Werk der Eindämmung dieser Krankheit schreiten konnte. Infolge der Erkenntnis der Gefahr weckten die prophylaktischen Bestrebungen der Sanitätsbehörden nicht nur bei der Ärzteschaft, sondern auch in weiten Kreisen der Intelligenz sowie in den öffentlichen Vertretungskörpern und nicht zuletzt in der Tages- und Fachpresse verständnisvollen Widerhall. So kam es zur Hinausgabe einer Reihe von Vorschriften und Weisungen, die seitens des Ministeriums des Innern an die politischen Landesbehörden erlassen wurden. Daneben wurden leicht verständliche Belehrungen in vielen Tausenden von Exemplaren verbreitet und durch Abhaltung populärer Vorträge darauf hingearbeitet, daß die Erkenntnis der Krankheit sowie der Vorbeugungsmaßnahmen in allen Schichten der Bevölkerung Eingang finden konnte.

Eine höchst schätzbare Unterstützung bot hiebei die freiwillige Hilfstätigkeit einer Reihe von Vereinen, die sich den Kampf gegen die Tuberkulose zur Aufgabe gestellt haben. Ich kann an dieser Stelle nur mit aufrichtigem Danke der segensreichen Tätigkeit des „Viribus unitis“-Hilfsvereines für Lungenkranke in den österreichischen Königreichen und Ländern gedenken, dessen verdienstvoller Vizepräsident Dr. Anton Löw uns leider vor kurzer Zeit entrissen wurde. Ebenso erfolgreich betätigt sich der Verein „Heilanstalt Alland“, dessen musterhaft eingerichtete Heilstätte Sie, meine hochgeehrten Herren, ja selbst in Augenschein nehmen werden. Den Bemühungen dieser und vieler anderer charitativer und humanitärer Vereine ist ein sehr wesentlicher Anteil daran zuzuschreiben, daß es auch in Österreich gelungen ist, die Propaganda für die Bekämpfung der Tuberkulose in gesicherte Bahnen zu leiten.

Die Regierung glaubte aber, nicht nur unter Zuwendung bedeutender Mittel direkte Maßnahmen, zu denen ich die Errichtung von Heilstätten für in Staatsbetrieben beschäftigte Arbeiter zählen darf, in Anwendung bringen zu sollen, sondern auch den indirekten Weg betreten und eine allmähliche Besserung der der Tuberkulose als Volkskrankheit ursächlich zugrunde liegenden Verhältnisse anstreben zu müssen. Es sei mir gestattet, auf die im Stadium ernster Vorbereitung befindlichen Fragen der Wohnungsreform sowie der Ausgestaltung der sozialen Versicherung hinzuweisen und beizufügen, daß die österreichische Regierung allen jenen zahlreichen Verwaltungsproblemen, deren glückliche Lösung eine Voraussetzung des wirksamen Schutzes gegen die Tuberkulose ist, besondere Aufmerksamkeit widmet, weil sie von der Überzeugung durchdrungen ist, daß Hygiene und Sozialpolitik in engster Wechselbeziehung stehen.

Alle diese Bestrebungen können aber nur dann zu einem wirklichen Erfolge führen, wenn es den nimmer rastenden



Bemühungen der wissenschaftlichen Forschung gelingt, auf dem so glücklich betretenen Wege der Aufhellung der Krankheitsursachen und der Bekämpfungsmöglichkeiten der Tuberkulose fortzuschreiten. In den Dienst dieser großen und bedeutungsvollen Aufgabe haben Sie sich, meine hochverehrten Herren, gestellt, und nun gibt es für Sie kein Innehalten mehr. Zwar können Sie mit gerechtem Stolze auf das bereits Erreichte hinweisen, doch neue und wertvolle Anregungen erwartet von Ihnen die Verwaltung, von Ihnen erhofft die Menschheit Hilfe und Linderung eines Übels, unter dem alle Völker und alle Staaten fast gleich leiden. Mögen daher die Beratungen der Sechsten internationalen Tuberkulosekonferenz, denen die österreichische Regierung das größte Interesse entgegenbringt, neue wertvolle Errungenschaften zu verdanken sein: Saluti publicae, solatio aegrorum (zum öffentlichen Wohle, zum Troste der Kranken).

Nachdem noch Geheimrat Fraenkel aus Berlin allen Behörden und der Stadt herzlichst gedankt hatte, begann Obersanitätsrat Hofrat Professor Weichselbaum die wissenschaftlichen Arbeiten der Konferenz mit folgender Rede über die Infektionswege der menschlichen Tuberkulose:

„Da ich mit der Erstattung eines einleitenden Referats über die Infektionswege der menschlichen Tuberkulose betraut wurde, so betrachte ich es als meine Aufgabe, erstens den gegenwärtigen Stand der genannten Frage in Kürze zu schildern und zweitens zugleich meine Ansicht über letztere vorzutragen.

Bekanntlich stand das oben genannte Thema bereits auf der Tagesordnung der vorjährigen Internationalen Tuberkulosekonferenz in Haag, und es sind damals drei Referate erstattet worden, welche sich vorwiegend auf die Inhalations- und alimentäre Tuberkulose bezogen; allein die Ansichten der Referenten. namentlich Calmette und Flügge, gingen sehr weit auseinander. Ersterer behauptete, daß die Tuberkelbazillen in den meisten Fällen durch den Verdauungstrakt, insbesondere durch den Darmkanal, in den menschlichen und tierischen Organismus gelangen, und daß trockener oder feuchter, tuberkelbazillenhältiger Staub in der Regel nicht imstande ist, die Lunge direkt zu infizieren, während Flügge die Bedeutung der sogenannten Tröpfcheninfektion hervorhob und betonte, daß diese Infektion nicht bloß vom Rachen oder nach dem Herunterschlucken vom Darme aus erfolgen kann, sondern auch von den feineren Bronchien aus und daß letztere Art der Aufnahme einen besonders gefährlichen Infektionsmodus darstellt.

Calmette berief sich bei seiner Behauptung nicht nur auf Untersuchungen fremder Autoren (Chauveau, von Behring. Vallée, d'Alfort), sondern vor allem auf die Tierexperimente, die er mit seinen Mitarbeitern (Guérin, Breton) ausgeführt hatte. Aber auch Flügge konnte zur Begründung seiner Ansichten auf eine Reihe von Versuchen hinweisen, die in seinem Institute angestellt worden waren. Der dritte Referent, Spronck, vertrat einen Standpunkt, welcher jenem Flügges viel näher steht, als dem Standpunkte Calmettes, äußerte sich aber bezüglich der Infektion durch den Verdauungstrakt dahin, daß ihm diese an Bedeutung nicht weit hinter jener durch den Respirationstrakt zu stehen scheint, daß es jedoch vorläufig strittig bleiben muß, welche Eintrittspforte die häufigere ist, der Respirationstrakt oder der Verdauungstrakt.

Ich selbst hatte vor der Entdeckung des Tuberkelbazillus Inhalationsversuche mit tuberkulösem Sputum bei Hunden angestellt, die mich überzeugten, daß man auf diese Weise bei der genannten, für Tuberkulose doch wenig empfänglichen Tierspezies Tuberkulose der Lungen erzeugen kann. Mit Rücksicht aber auf die in letzterer Zeit gegen den genannten Infektionsmodus erhobenen Einwendungen veranlaßte ich noch kürzlich in meinem Institut die Ausführung einschlägiger Untersuchungen durch Hartl und Herrmann, sowie durch Bartel und W. Neumann.

Mit Rücksicht auf die Tatsache, daß, obwohl in die Lungen und Bronchialdrüsen nur eine viel geringere Zahl von Bazillen gelangt sein konnte als in die Hals- und Gekrösdrüsen, der tuberkulöse Prozeß in ersteren sich rascher und intensiver entwickelte, nahmen Bartel und Neumann an, daß die erstgenannten Organe gegenüber den letztgenannten als physiologisch minderwertig anzusehen seien, und zwar konnten sie als Ursache dieser Minderwertigkeit bei den älteren Versuchstieren die durch die Anthrakose in den Lungen und Bronchialdrüsen verursachten Veränderungen und bei den jüngeren Tieren die mangelhafte Entwicklung des lymphatischen Gewebes in den genannten Organen gegenüber dem gleichen Gewebe im Darme sowie in den Hals- und Gekrösdrüsen nachweisen. Diese Erklärung erscheint deshalb ganz plausibel, weil nach früheren Untersuchungen der genannten Autoren die Lymphozyten eine wichtige Rolle im Kampfe gegen die Tuberkelbazillen spielen und in einem mangelhaft entwickelten Lymphsystem einerseits die Neubildung von Lymphozyten, andererseits die Lymphzirkulation eine unvollkommene ist.

Obwohl man aus den Tierversuchen nur mit großer Reserve Schlüsse auf die menschliche Tuberkulose machen darf, so bin ich doch der vollen Überzeugung, daß auch beim Menschen Tuberkelbazillen mit der Atemluft in die Lungen, beziehungsweise in die Bronchialdrüsen, eindringen, aber auch nur in sehr geringer Menge, während der allergrößte Teil der in der eingeatmeten Luft suspendierten Tuberkelbazillen auf der Schleimhaut der Mund- und Nasenrachenhöhle liegen bleibt und dann entweder in die regionären Lymphdrüsen dieser Höhlen oder, nachdem sie verschluckt wurden, in die regionären Drüsen des Magendarmkanals gelangen und daselbst, ebenso wie in den Lungen und Bronchialdrüsen, Tuberkulose erzeugen kann. Wenn ferner auch beim Menschen die Lungen und Bronchialdrüsen einen „Locus minoris resistentiae" darstellen sollen, welche Annahme nicht so ohne weiteres zurückgewiesen werden darf, so müßte dieser Umstand bei der Beurteilung der Tatsache, daß die Lungen und die Bronchialdrüsen so häufig und isoliert oder in höherem Grade als andere Organe von Tuberkulose ergriffen werden, auch entsprechend berücksichtigt werden; ich werde übrigens später nochmals auf diesen Punkt zu sprechen kommen.

Schwierig ist die zweite Frage, zu entscheiden, ob nämlich die Inhalationstuberkulose, wie bisher von den meisten Forschern behauptet wurde, wirklich die Fütterungstuberkulose an Häufigkeit weitaus oder überhaupt überragt. Über das Vorkommen der sogenannten Fütterungstuberkulose beim Menschen besteht wohl gegenwärtig kein Zweifel; nicht nur die pathologische Anatomie, das heißt das Vorkommen von isolierter Tuberkulose des Digestionstraktes und seiner regionären Lymphdrüsen, sondern auch das Tierexperiment, werden hiefür geltend gemacht, um so mehr, als die negativen Resultate einzelner Experimentatoren eine Deutung zulassen, welche die Möglichkeit einer künstlichen Erzeugung von Fütterungstuberkulose bei Tieren durchaus nicht ausschließt. Anders steht es mit der Frage, die in der jüngsten Zeit in den Vordergrund getreten ist, ob nämlich die Fütterungstuberkulose der nahezu einzige oder wenigstens der häufigste Infektionsmodus beim Menschen ist. Zwar hatte schon, wie wir wissen, 1884 auf dem Kongresse für innere Medizin in Wiesbaden Klebs die Behauptung aufgestellt, daß die hauptsächlichste Infektionsquelle für den Menschen die Milch und das Fleisch perlsüchtiger Tiere sei, und Aufrecht im Jahre 1900 die Ansicht ausgesprochen. daß die Lungentuberkulose nicht mit der Endausbreitung der Luftwege, sondern jener der Art. pulmonalis im Zusammenhang stehe, und diese Ansicht dahin ergänzt, daß für die Lungenphtise die Tonsillen (die Mandeln) die hauptsächlichste Eintrittspforte des Tuberkelbazillus sind, welcher in sie schon in der frühesten Kindheit eindringt und von hier durch die Lymphdrüsen des Halses oder Mediastinums seinen Weg in die Blutgefäße findet. Aber erst durch den Vortrag

v. Behrings auf der Naturforscherversammlung in Kassel (1903) ist die Streitfrage zu einer besonders aktuellen geworden. Einen indirekten Anstoß mag wohl auch die Rede Kochs in London im Jahre 1901 über die Artverschiedenheiten der Bazillen der Menschen- und Rindertuberkulose gegeben haben, weil daraufhin eigens Untersuchungen über die Häufigkeit der primären Tuberkulose des Digestionstraktes beim Menschen angestellt wurden. (Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

Über Hüftgelenksluxationen. Von Professor Ludwig R. v. Ruediger Rydygier, k. k. Hofrat. (Schluß.)

Zu erwähnen wäre noch eine mehr oder weniger starke Deformität der Hüftgegend, die teils von der abnormen Stellung des Kopfes resp. des Trochanters herrührt, teils von dem subkutanen Bluterguss und der etwa vorhandenen entzündlichen Schwellung der bedeckenden Weichteile.

Von den subjektiven Symptomen treten natürlich heftige Schmerzen in den Vordergrund, die umso stärker sind und bis in den Fuß ausstrahlen (Ameisenkriechen), wenn der Ischiadikus durch den luxierten Kopf komprimiert ist.

Die Diagnose der hinteren Hüftgelenksluxationen wird nicht schwer fallen. Es kann sich um Verwechslung mit starker Kontusion oder Schenkelhalsbruch handeln; auch etwaige Komplikationen mit Abbruch des Pfannenrandes sind nicht zu übersehen.

Bei starker Kontusion finden wir auch eine Deformität der Hüftgegend, sowie manchmal recht starke Schmerzhaftigkeit und infolgedessen behinderte Beweglichkeit im Hüftgelenk. Wir haben aber nie die exquisite, charakteristische falsche Stellung, wie bei der Luxation, und es fehlt auch die so auffallende federnde Feststellung der Extremität.

Die Fractura colli femoris unterscheidet sich von der Luxation durch die dabei fast stets vorhandene Außenrotation. In den sehr seltenen Ausnahmefällen wird uns die vorhandene Krepitation, sowie das Fehlen stärkerer Beugung und Adduktion zu der richtigen Diagnose führen. Auch wäre noch zu beachten, daß die Schenkelhalsfraktur am häufigsten im höheren Alter und bei Frauen vorkommt, die Hüftgelenksluxationen dagegen im mittleren Alter und bei Männern.

Die Therapie kann natürlich nur in der Reposition des verrenkten Schenkelkopfs bestehen, die in frischen Fällen ziemlich leicht gelingt, aber schon nach mehrwöchentlichem Bestand größere, selbst unüberwindliche Schwierigkeiten bereiten kann; es sind jedoch Fälle bekannt, wo die Reposition noch nach einjährigem Bestande gelungen ist (C. Hüter). Selbst bei dem Hüftgelenke darf man nicht vergessen, daß die Einrenkung nicht ein roher Gewaltakt ist; wir bedürfen nunmehr keiner schreckenerregenden Extensionsmaschinen mehr; die Kraft unserer Hände ist vollkommen ausreichend, wenn wir nur die Bewegungen richtig ausführen. Die allgemeine Narkose ist für gewöhnlich nicht zu entbehren, um die Spannung der mächtigen Muskelmassen zu emilinieren. Man legt den Patienten auf den Erdboden auf eine harte Matratze und stellt sich vor und ein wenig zur Seite der verrenkten Extremität. Ein kräftiger Gehilfe fixiert das Becken, indem er sich mit beiden Händen auf die Spinae ilei ant. sup. stützt und fest gegen die Unterlage drückt. Vielleicht noch zweckmäßiger ist das Verfahren Gersunys: der Assistent beugt das gesunde Bein des Patienten ad maximum im Hüft- und Kniegelenk und drückt das Knie fest gegen die Brust an.

Jetzt gilt es, den luxierten Schenkelkopf auf demselben Wege in die Pfanne hineinzubringen, auf den er ihn verlassen hat. Man faßt das Bein mit der einen Hand in der Kniekehle, mit der anderen am Unterschenkel und beugt es langsam bis zum rechten Winkel — selbst ein wenig darüber hinaus. Dann erst beginnt man das Bein mit aller Kraft nach oben zu ziehen gerade so, als wollte man es herausreißen. In nicht seltenen frischen Fällen, namentlich beim großen Kapselriß wird der Schenkelkopf schon bei diesem Manöver mit einem deutlich fühlbaren Ruck in die Pfanne springen. Es ist nicht nur das Hüftgelenk, sondern auch das Kniegelenk zu beugen; einmal um eine bequeme Handhabe zu haben, dann aber um vor allem die biarthrodialen Beuger des Unterschenkels zu entspannen.

Ist der Schenkelkopf bei dem einfachen direkten Zug nach oben in die Pfanne nicht hineingesprungen, so geht man zum dritten Repositionsakt über. Hier haben wir zwei Methoden zur Verfügung: 1. Zu der Beugung führt man Abduktion und Rotation nach außen hinzu. Damit wird der äußere Schenkel des Lig. iliofemorale (Bertini) angespannt und der Kopf um den festgestellten Trochanter in die Pfanne hineingehebelt (Desprès, Rust, Chelius, Roser, Bigelow u. a.). Diese Methode eignet sich besonders für ältere Fälle, da man mit ihr eine nicht geringe Kraft entwickeln kann. Um den Trochanter noch sicherer festzustellen, kann ein Gehilfe die Faust unter denselben fest andrücken.

2. Bei sehr engem Kapselriß kann es sich empfehlen, statt der Abduktion gerade umgekehrt die Adduktion auszuführen, um den Schenkelkopf genau dem Kapselriß gegenüberzustellen und den Kapselriß zum Klaffen zu bringen, da ja der Schenkelkopf in flektierter und adduzierter Stellung die Kapsel verläßt. Sie führen also nach dieser Methode den Schenkel in Flexion, Adduktion und Rotation nach außen (W. Busch).

Ob es im gegebenen Falle bei der Reposition vorteilhafter ist zu abduzieren oder adduzieren, läßt sich für gewöhnlich im voraus nicht bestimmen; hier kommt es eben auf den Versuch an.

Den Zug nach oben kann man dadurch zweckmäßig verstärken, daß ein Gehilfe den Oberschenkel an einer Handtuchschlinge in die Höhe zieht. Dasselbe kann man auch dadurch erreichen, daß man die Schulter unter die Kniekehle der gebeugten Extremität anstemmt und so beim Emporheben einen starken Zug an dem Beine ausübt, während das Becken von einem Gehilfen fixiert wird; dabei kann man zugleich eine Ab- oder Adduktionsbewegung mit hinzufügen (Procédé de l'épaule).

Ganz besonders will ich Ihre Aufmerksamkeit noch auf ein Ereignis lenken: Es kann vorkommen, daß bei zu starker Flexion und Abduktion — namentlich wenn nebenbei der Zug nach oben versäumt wird — der Schenkelkopf statt in die Pfanne hineinzuspringen am unteren Rand derselben herumgleitet und nach vorne auf das Foramen obturatorium zu stehen kommt; aus der Luxatio iliaca oder Ischiadica ist eine Lux. obturatoria entstanden infolge der sogenannten Zirkumduktion. Der weniger Erfahrene könnte glauben, die Luxation wirklich reponiert zu haben, deshalb ist es wichtig, diesen Vorgang zu kennen. Selbstverständlich wird man in solchem Falle den Schenkelkopf zurück nach hinten herumführen und dann durch stärkeres Anziehen des nicht zu stark gebeugten Oberschenkels direkt nach oben versuchen, den Kopf aus der tiefen Bahn, in welcher er hin- und hergleitet, richtig in die Pfanne zu bringen.

Die gelungene Reposition macht sich durch einen fühl- und hörbaren Ruck bemerkbar; dann wird der Oberschenkel einfach gestreckt und bei nicht komplizierten Luxationen etwa zwei bis drei Wochen durch einen leichten Verband festgestellt. Wenn ausnahmsweise die Luxation mit einem Bruch des Pfannenrandes kompliziert ist, was durch Krepitation bei der Einrenkung und durch leichtes Wiedereintreten der Luxation beim Nachlassen des Zuges sich bemerkbar macht, dann muß die Fixation bis auf sechs Wochen ausgedehnt werden und zu diesem Zwecke ein Gipsverband mit Beckengürtel oder die permanente Gewichtsextension angelegt werden.

Sollte man bei den Repositionsversuchen älterer Luxationen das Unglück haben, den Schenkelhals zu brechen — was sich in seltenen Fällen ohne alles Verschulden des Arztes ereignen kann —, so muß man bei extrakapsulärer Fraktur einen Extensionsverband anlegen und eventuell nach geheilter



Fraktur die Reposition versuchen. Bei intrakapsulärer Fraktur ist die Resektion des Kopfes angezeigt, da bekanntlich der schlecht ernährte Kopf leicht nekrotisch wird.

Nur selten wird man auf unüberwindliche Repositionshindernisse stoßen. Das kann sich in den seltenen Fällen ereignen, wo die Kapsel dicht am Femurhalse abreißt und sich dann wie ein langer Vorhang zwischen Kopf und Pfanne lagert. In noch selteneren Fällen kann die Interposition eines abgerissenen Stückes des Limbus ein Repositionshindernis schaffen. Eine knopflochartige Umschließung des Kopfes durch die kleinen Auswärtsroller wird sich wohl durch ein rationelles Vorgehen beseitigen lassen, ebenso wie das Hindernis, welches aus einem zu engen Kapselriß resultieren kann.

Was soll man tun, wenn die Reposition absolut nicht gelingen will, wie das z. B. bei einigermaßen veralteten Fällen sehr wohl vorkommen kann? Da darf man zu allererst nicht vergessen, daß gerade bei den Hüftgelenksluxationen nach hinten eine verhältnismäßig vollkommene Nearthrose durch Periostwucherung zustande kommt. Nur in den Fällen, wo eine allzu starke Verkürzung den Gang sehr erschwert, oder der Druck des Kopfes auf den Plexus ischiadicus starke Schmerzen oder gar Lähmung der unteren Extremität bedingt, wäre ein operatives Vorgehen angezeigt. Zu diesem Zwecke dienen uns die blutige Reposition, die Resektion und die schiefe Osteotomia subtrochanterica (modo Hoffa).

Die blutige Reposition verdient vor den anderen Verfahren den Vorzug, weil sie in gelungenen Fällen vollständig normale Verhältnisse wiederherstellen kann. Wird sie in der von R. anempfohlenen Weise unter Bildung eines großen Lappenschnittes ausgeführt, so gelingt es in vielen Fällen, das erwünschte Resultat zu erzielen.

Die Luxationen nach vorne werden am zweckmäßigsten in Luxationen nach vorne unten unter das Schambein (Luxationes infrapubicae) und Luxationen nach vorne oben auf das Schambein (Luxationes suprapubicae) eingeteilt.

a) Luxationes infrapubicae, Luxatio obturatoria und Luxatio perinealis, Luxationen durch Beugung und Abduktion (Hüter) entstehen meist in der Weise, daß die untere Extremität in übertriebene Beugungs-, Abduktions- und Außenrotationsstellung durch mehr oder weniger starke Gewalteinwirkung gebracht wird. Dies geschieht z. B., wenn die Patienten in gebückter Stellung mit gespreizten Beinen in Gruben arbeiten und plötzlich von herabfallenden Erdmassen am Rücken getroffen werden, oder beim Fall vom Pferde und Hängenbleiben im Steigbügel, oder beim Herunterfallen aus größerer Höhe auf die gespreizten Beine u. dergl. Es entsteht in diesen Fällen ein Hypomochlion am oberen äußeren Rande des Acetabulums, und der Schenkelkopf wird gegen die vordere untere Kapselpartie angedrängt und zersprengt dieselbe an dieser Stelle, was um so leichter zustande kommt, wenn zu der Flexion und Abduktion noch Außenrotation hinzutritt. In seltenen Fällen ereignet es sich, daß bei so fixierter Stellung der Schenkelkopf direkt durch einen von hinten und außen wirkenden Stoß über den vorderen Rand der Pfanne auf das Foramen obturatorium hinübergetrieben wird; die Luxatio obturatoria ist fertig. Ist die Flexion sehr bedeutend, und gestattet ein großer Kapselriß ein weiteres Verschieben des Kopfes, so kann er noch tiefer nach unten rücken und erst am Perineum stehen bleiben. Dann haben wir es mit der Luxatio perinealis, einer Abart der Luxatio obturatoria, zu tun, die jedoch bisher nicht häufiger als neunmal beobachtet worden ist.

Die charakteristischen Symptome der Luxatio obturatoria sind mäßige Flexion, Abduktion und Rotation nach außen. Messen wir, wie gewöhnlich, die Entfernung von der Spina anter. sup. ossis ilei zum Malleolus, so werden wir bei der bestehenden Beugung eine Verkürzung der Extremität finden. In Wirklichkeit liegt das Foramen obturatorium etwas tiefer als die Pfanne, und deshalb muß eigentlich eine reelle Verlängerung da sein. Das ist der Grund, weshalb man bei einigen Autoren angegeben findet, daß bei der Luxatio obturatoria eine Verkürzung besteht, bei anderen gerade umgekehrt eine Verlängerung angegeben wird. Jedenfalls steht die Trochanterspitze nicht über der Nélaton-Roserschen Linie, wie bei der Fractura colli femoris. Aber wir haben noch andere, viel bestimmtere Symptome, um diese beiden Verletzungen von einander zu unterscheiden, die ja sonst, was die abnorme Lagerung der unteren Extremität anbetrifft, namentlich Rotation nach außen, sich ähnlich sind. Vor allem fehlt bei der Fracturn colli femoris die federnde Fixation, welche wir bei der Luxation niemals vermissen werden. Man kann bei der Fractura colli das Bein ohne jede Schwierigkeit gerade stellen; es fällt freilich sofort wieder in die Auswärtsrotation. Ebensowenig sind andere Bewegungen ausgeschlossen, wobei man für gewöhnlich eine mehr oder weniger deutliche Krepitation wahrnehmen wird; beides ist bei der Luxation nicht der Fall.

Überdies ist der Schenkelkopf bei der Luxatio obturatoria meist in seiner abnormen Stellung unter den Adduktoren hindurchzufühlen, wenn ihn nicht etwa ein starker Bluterguß oder eine entzündliche Schwellung verdeckt; in diesem Falle wird eine Palpation vom Rektum aus von Nutzen sein. Bei der Luxatio perinealis, deren Diagnose keine Schwierigkeiten bereitet, wird man den Kopf hinter dem Skrotum oder unter den Adduktoren deutlich fühlen; der Oberschenkel steht fast rechtwinkelig zur Körperachse und berührt mit der Außenfläche den Boden. Wegen der Spannung des Ligam. Bertini ist eine so starke Abduktion nur bei sehr hochgradiger Flexion möglich.

Behufs Reposition der Luxatio obturatoria muß man den Oberschenkel beugen, stark nach oben ziehen, adduzieren und nach innen rotieren. Die Beugung erschlafft die Gelenkkapsel und das Ligam. Bertini, wodurch der Kopf beweglicher wird; die Adduktion bringt ihn dem Pfannenrand näher, über welchen ihn dann die Rotation nach innen in die Pfanne hebelt. Der gleichzeitig ausgeführte Zug nach oben verhindert, daß der Kopf nicht um die Pfanne herumgleitet und eine Luxatio ischiadica entsteht (Middeldorpf, Roser, Laugier).

Kocher empfiehlt Flexion bis zum rechten Winkel, Zug in dieser Stellung nach oben und starke Auswärtsrotation.

Ist die Luxatio obturatoria durch Zirkumduktion aus der Luxatio ischiadica oder iliaca entstanden, so wird man den Kopf durch stärkere Flexion und Adduktion ohne den Zug nach oben zuerst wieder nach hinten zurückführen und dann von dort aus zu reponieren versuchen.

Bei der Luxatio perinealis kommt man mit denselben Repositionsmanövern zum Ziele — um so leichter, als der Kapselriß hier ausgedehnter ist.

b) Luxationes suprapubicae, Luxatio ileopectinea s. subspinosa und Luxatio pubica. Lutionen durch Streckung des Gelenkes. Diese Gruppe der Luxationen umfaßt die selteneren Hüftgelenksverrenkungen, da durch Überstreckung und Adduktion der Kopf gegen das sehr starke Lig. ileofemorale angedrängt wird (Lux. ileopectinea s. Lux. subspinosa), durch Überstreckung und Adduktion gegen das Lig. pubofemorale (Lux. pubica.) Die häufigste Veranlassung zur Entstehung dieser Luxationen ist ein gewaltsames Zurückdrängen oder Hintenüberwerfen des Oberkörpers bei festgestellten Beinen, z. B. beim Ringen, beim Hängenbleiben in den Speichen eines Wagenrades und dergleichen.

Die Symptome der Luxatio suprapubica sind leicht zu bestimmen: Verkürzung, Adduktion und Rotation nach außen wird man in jedem Falle finden, wenn nicht weitgehende Zerstörungen der Bänder und Kapsel zur irregulären Lagerung des Kopfes geführt haben. Diese Symptome stimmen mit den Kardinalsymptomen der Fracture colli femoris überein, aber man wird trotzdem sehr leicht einen diagnostischen Irrtum vermeiden, da bei dieser Luxations-



form der Schenkelkopf in seiner luxierten Stellung sehr leicht dicht unter der Haut gefühlt werden kann. Ferner ist die federnde Feststellung des Beines in der falschen Lage für die Luxation charakteristisch, sowie der Mangel an Krepitation. Infolge der Dehnung des N. cruralis klagen die Patienten häufig über starke Schmerzen oder das Gefühl des Taubseins in der luxierten Extremität.

Die Reposition wird bei diesen seltenen Luxationsformen keine Schwierigkeiten bereiten, weil die Bänder meist im größten Umfange zerrissen sind. Anfangs Hyperextension, dann Flexion, Adduktion und Rotation nach innen wird leicht zum Ziele führen.

3. Bei der seltenen Luxation nach oben steht der Oberschenkelkopf oberhalb des Azetabulum, nach außen von der Spina ossis ilei anterior inf. und unter der Spina ant. sup. Am wahrscheinlichsten entsteht diese Luxation als eine Abart der Lux. iliaca dadurch, daß statt der Flexion, Adduktion und Rotation nach innen bei dieser Luxationsform Flexion, Adduktion und Rotation nach außen als Schlußbewegung eintritt. Eine direkte Entstehung ist nicht wahrscheinlich. Der Kapselriß befindet sich in den hinteren Partien der Pfanne an ihrem hinteren Umfange.

Die Symptome dieser Luxationsform sind ähnlich denen bei der Lux. ileopectinea; nur findet man statt der Abduktion in diesen Fällen Adduktion der luxierten Extremität: Bedeutende Verkürzung des Beines, fast extendierte Stellung, Adduktion und Rotation nach außen. Der Kopf ist ebenfalls dicht unter der Haut zu fühlen.

Die Reposition kann nur darin bestehen, daß man diese Luxationsform entsprechend der angenommenen Entstehungsweise in eine gewöhnliche Lux. iliaca umwandelt und dann wie diese einrenkt: also vor allem starke Beugung, um den Kopf nach unten zu bringen, und dann das gewöhnliche Manöver, wie wir es bei der Lux. iliaca besprochen haben.

4. Luxationen nach unten, Luxationes infracotyloideae, Luxationen durch reine Beugung (Hüter) kommen äußerst selten vor: einmal weil jede Flexion für gewöhnlich mit einer Adduktion oder Abduktion verbunden ist, dann aber weil der Kopf auf dem Tuber ischii genau am unteren Rande des Azetabulum nur wenig Stütze findet, so daß er sehr leicht bei der sekundären Bewegung durch Adduktion und Innenrotation nach hinten (Lux. ischiadica oder iliaca), durch Abduktion und Außenrotation nach vorne (Lux. obturatoria) gleitet.

Die Symptome sind bei dieser Luxation, wenn die Ränder erhalten sind, sehr charakteristisch: das Bein muß im Hüftgelenk mehr oder weniger stark gebeugt sein und der Unterschenkel hängt am Oberschenkel herab.

Die Reposition ist in frischen Fällen einfach und kann keine Schwierigkeiten bereiten: sie wird im starken Zug nach oben in der flektierten Stellung bestehen.

Am Schluß kann B. nur dringend anraten, in jedem Falle, bevor an die Reposition einer Hüftgelenksluxation gegangen wird, sich erst genau die Anatomie der Bänder und Muskeln der Hüftgelenksgegend wieder ins Gedächtnis zu rufen und am Skelett die auszuführenden Repositionsbewegungen vorher vornehmen. (Berliner klinische Wochenschrift 1907, Nr. 13.)

*

Experimentelle Tabes bei Hunden (Trypanosomen-Tabes). Von Dr. W. Spielmeyer.

Die Erwägungen, die zu den in ihren Ergebnissen kurz mitgeteilten Untersuchungen geführt haben, gingen zunächst von der Tatsache aus, daß sich die histopathologischen Bilder bei der sogenannten Schlafkrankheit und bei der progressiven Paralyse in manchen Punkten berühren. Soviel aus den bisherigen, allerdings recht spärlichen Berichten über die zentralen Veränderungen bei der Trypanosomiasis des Menschen hervorgeht, finden sich auch dort degenerative Veränderungen des nervösen Gewebes neben entzündlichen Veränderungen an den Gefäßen (Infiltrate mit Plasmazellen und Lymphozyten), wie bei der Paralyse. Die Punktionsflüssigkeit enthält dort wie hier zahlreiche Rundzellen. Auch klinisch haben Schlafkrankheit und Paralyse manche gemeinsame Züge: zu den Symptomen der fortschreitenden psychischen Schwäche gesellen sich auch bei der Schlafkrankheit körperliche nervöse Störungen (Sprachstörung, Anomalien der Reflexe und der Sensibilität usw.). Diese klinischen und anatomischen Beziehungen zwischen der Trypanosomiasis und der postsyphilitischen Paralyse gewinnen dadurch noch an Interesse, als sich auch andere Parallelen zwischen Trypanosomeninfektion und luetischer Erkrankung auffinden lassen, z. B. die „Beschälseuche“, die Dourine, bei der sich die Tiere beim Geschlechtsakt infizieren und zuerst lokal, dann allgemein an einem papulösen Exanthem erkranken und schließlich unter allgemeinen Lähmungs- und Schwächeerscheinungen zugrunde gehen. Und endlich sei noch erwähnt, daß nach der Ansicht vieler Autoren die Trypanosomen den Spirochäten, zu deren Gruppe der wahrscheinliche Erreger der Lues zu rechnen wäre, nahe verwandt sind, daß nach den Untersuchungen Schaudinns Übergänge zwischen Trypanosomen und Spirochäten in der Entwicklung eines Parasiten der Eule vorkommen.

Diese Erwägungen gaben die Veranlassung, einmal der Frage nachzugehen, ob sich auch sonst pathologisch-anatomisch resp. klinisch verwandtschaftliche Beziehungen zwischen Trypanosomenkrankheiten und syphilitischen resp. postsyphilitischen Erkrankungen auffinden ließen, ob die nervösen Veränderungen dort und hier noch andere gemeinsame Züge trügen.

Die interessantesten Befunde ergaben die Experimente an Hunden, die mit Trypanosoma infiziert wurden, allerdings auch nur dann, wenn es gelang, die Tiere zum mindesten 9—10 Wochen nach der Impfung am Leben zu erhalten.

Bei solchen Hunden gelang es S., mit Hilfe der Marchischen Chromosmiummethode frische Degenerationen im Gebiete der hinteren Rückenmarkwurzeln, der sensiblen Trigeminuswurzel und im Optikus nachzuweisen.

Klinisch ließen sich bei den Tieren sichere Anzeichen für eine Erkrankung dieser Systeme nicht nachweisen, abgesehen davon, daß die Sehnenreflexe an den vorderen Extremitäten schwächer waren als vorher. Über das Verhalten der Sensibilität konnte man nicht ins Klare kommen: Die stumpfen oft sehr schlafsüchtigen Tiere reagieren in den späteren Stadien der Erkrankung oft nur sehr wenig auf schmerzhafte Reize. Ebenso war es, wenigstens mit den bisher von S. geübten Methoden, nicht möglich, über eventuelle ataktische Symptome Aufschluß zu erhalten, denn die Tiere bekommen regelmäßig nach etwa 4—5 Wochen schwere parenchymatöse Keratitis und Iritis, die sie fast blind macht. Leider verhindert diese Bulbusaffektion auch, das Verhalten der Pupillen zu kontrollieren.

Wenn Sp. daher hier von einer Tabes bei Hunden redet, so bezieht er sich dabei lediglich auf den histologischen Befund, vor allem auf die elektive Degeneration der Hinterwurzeln.

Es geht schon aus dem Querschnittsbilde vom oberen Halsmark hervor, daß sich die Hinterwurzelerkrankung im wesentlichen auf die zervikalen Segmente beschränkt; denn die aufsteigende Degeneration von Hinterwurzelfasern aus den tieferen Abschnitten des Rückenmarks ist sehr gering. An Schnitten aus den Brust- und Lumbalsegmenten des Rückenmarkes überzeugt man sich denn auch, daß, je tiefer man kommt, desto geringer die Zerfallserscheinungen an den sensiblen Wurzelfasern sind. Wir haben es also zu tun mit einer zervikalen Tabes und zwar mit dem ersten Stadium einer solchen, denn die Ausfälle sind nur mit der Marchischen Degenerationsmethode, durch die Osmiumschwärzung der im Zerfall begriffenen Markscheide, nachzuweisen; das Markscheidenbild scheint noch unverändert.

Die Berechtigung, hier von einer tabischen Rückenmarksveränderung, von einer „Trypanosomentabes“ zu reden, gründet Sp. vor allem auf diese elektive Erkrankung des zentripetalen Abschnittes des sensiblen Protoneurons. Im Rückenmarks-



querschnitt sind außer im Hinterwurzelgebiete Degenerationen nicht nachweisbar (nur ganz vereinzelt sieht man kompakte Schollen in der Kleinhirnseitenstrangbahn). Der Prozeß ist also an das Hinterwurzelsystem gebunden; es handelt sich hier nicht, wie bei manchen Vergiftungen (Alkohol, Blei, Pellagra usw.), nur um eine vorwiegende Hinterstrangaffektion neben leichten diffusen Systemdegenerationen, sondern um eine elektive Hinterwurzelerkrankung. Von den eben erwähnten Prozessen unterscheiden sich diese Rückenmarksdegenerationen auch dadurch, daß ihnen nicht peripheriewärts neuritische Veränderungen koordiniert sind, denn die peripheren Nerven sind nicht nachweislich erkrankt. Die Hinterwurzelveränderungen hier sind ferner unabhängig von etwaigen Veränderungen der Spinalganglien; wie Schaffer das durch seine exakten Untersuchungen für die menschliche Tabes erwiesen hat, so konnte ich hier mit der Nissl- und Bielschowskymethode feststellen, daß primäre Veränderungen der Spinalganglienzellen nicht vorliegen. Der Degenerationsprozeß beginnt vielmehr primär in den einstrahlenden hinteren Wurzeln, und es ist bemerkenswert, daß auch hier der intramedulläre Teil sehr viel stärker betroffen ist als der extramedulläre, in welchem wir nicht selten alle Degenerationsschollen vermissen — genau wie bei der menschlichen Tabes (Redlich, Schaffer). Oft beginnen die Degenerationsschollen scharf mit der Durchschnittsstelle der Wurzel durch die Pia, an der Redlich-Obersteinerschen Zone. Die Pia ist dort nicht erkrankt.

Regelmäßiger noch als diese Hinterwurzelveränderungen fanden sich nun bei den Hunden Entartungsprozesse in der sensiblen Trigeminuswurzel, das heißt also in einem zerebralen „Hinterwurzel"gebiete. Daß auch bei der Tabes des Menschen die sensible Trigeminuswurzel „nicht so selten" erkrankt, ist bekannt (Homén). Es stimmt also auch darin der histologische Befund bei dieser „Trypanosomentabes" mit dem bei der postsyphilitischen Tabes des Menschen überein. Die Trigeminuswurzel ist von ihrem Beginne im oberen Halsmarke, dort, wo sie sich der Substantia gelatinosa des Hinterhornes anlegt, bis hinauf in die Brückensegmente deutlich von Degenerationsschollen übersät.

Von besonderer Wichtigkeit ist endlich noch die Miterkrankung des Optikus, die Sp. allerdings nur in zwei Fällen nachweisen konnte. Es ist selbstverständlich, daß dabei nicht die Optizi solcher Augen berücksichtigt wurden, bei denen die Keratitis und Iritis zu einer Phthisis bulbis geführt hat. Daß in solchen geschrumpften und allgemein erkrankten Bulbi die Sehnervenfasern sekundär (von der entzündeten Netzhaut aus) entarten, wäre nichts besonderes. Dagegen handelte es sich in den beiden Fällen hier um Sehnerven von solchen Augen, in denen die entzündliche Erkrankung auf den vorderen Bulbusabsatz beschränkt ist (mikroskopische Untersuchung durch Herrn Dr. Stock). In diesen Optizi sind diffus, ohne stärkere Affektion bestimmter Sehnervenbündel, Marchischollen über den Querschnitt verstreut.

Mit Rücksicht auf die Lokalisation der degenerativen Vorgänge — die Erkrankung der Hinterwurzelsysteme und die Beteiligung des Optikus — und mit Rücksicht auf die Eigenart des degenerativen Prozesses — die primäre Fasererkrankung — erscheint es wohl gerechtfertigt, hier von einer tabischen Erkrankung bei Hunden zu sprechen: die „Trypanosomentabes" der Hunde stimmt in ihrem histologischen Verhalten prinzipiell mit der postsyphilitischen Tabes des Menschen überein.

Es lag nun nahe, bei diesen Untersuchungen auch danach zu forschen, welchen Einfluß die funktionelle Überanstrengung auf die Entwicklung dieses Degenerationsprozesses hat. Bisher erlauben Sp.s „Arbeitsversuche noch kein Urteil darüber, inwiefern die Edingersche Aufbrauchlehre hier ihre Bestätigung findet. Sp. kommt darauf in seiner ausführlichen Publikation zurück.

In dieser Mitteilung wollte Sp. vorläufig nur berichten, daß sich infolge von Trypanosomeninfektion degenerative Veränderungen im Zentralnervensystem von Hunden entwickeln können, die denen bei der gewöhnlichen postsyphilitischen Tabes des Menschen prinzipiell gleich sind. (Münch. mediz. Wochenschr. 1906, Nr. 48.)

*

Zur Berechtigung der konservativen Myomoperationen. Von H. Fehling.

Die Frequenz der Myomoperation ist dauernd im Zunehmen; das zeigt ein Blick in die Lehrbücher, das zeigen die Statistiken, wie sie z. B. in den letzten Jahren aus den Kliniken von Königsberg, Tübingen, Würzburg usw. veröffentlicht worden sind. Die Zunahme der operativen Frequenz beruht auf einer größeren Sicherheit in der Technik und der Aseptik bei der Operation. Doch wird die Myomoperation nie eine einheitliche sein, vaginale und abdominelle Operationen haben ihre Indikationsstellung und auch für den Weg von oben und von unten wechseln die Verfahren je nach der Vorliebe des Operateurs.

Da das Myom eine gutartige Geschwulst, so ist das Bestreben verständlich, operativ möglichst konservativ vorzugehen und womöglich nur die Neubildung selbst zu entfernen, den Uterus und die Adnexe aber zu belassen, falls die letzteren nicht, wie so häufig, krankhaft entartet sind.

Eine konservative Operation ist dann am Platze, wenn es möglich ist, die durch das Myom verursachten Symptome durch dieselbe dauernd zu beseitigen.

Die Symptome, welche in erster Linie zur Operation führen, sind Blutungen, Druckschmerz, Raumbeengung und die infolge der Blutungen eintretende Anämie samt ihren Gefahren für das Herz, auf welche F. übrigens lange vor Strassmann in einem Vortrag im hiesigen ärztlichen Vereine vor 20 Jahren schon hinwies.

Man kann also konservativ verfahren, wenn ein subseröses Myom raumbeengend wirkt oder wenn ein solches durch Verwachsungen mit den Nachbarorganen zur Ursache der geklagten Schmerzen wird. Nicht so leicht wird man sich entschließen, frühzeitig ein interstitielles Myom zu entfernen, wenn dasselbe als Sitz der irradiierten Schmerzen, besonders als Ursache einer quälenden Migräne anzusehen ist. Vor allem aber ist die konservative Operation angezeigt, wenn sich das die Blutungen verursachende Myom durch dieselbe völlig entfernen läßt. Dies wird nur bei vaginaler Operation möglich sein und es ist daher entsprechend dem Vorschlag Hofmeiers möglichst dahin zu streben, die Myomoperation vorzunehmen, solange dies noch von der Scheide aus zu erreichen ist.

Überträgt man den Grundsatz des konservativen Vorgehens auf die abdominelle Operation, so wird man auch auf diesem Wege solitäre, subseröse, raumbeengende Geschwülste entfernen können. Zumeist aber machen Geschwülste, die aus dem kleinen Becken schon ins große aufgestiegen sind, keine anderen Beschwerden als Blutungen; auch sind diese Geschwülste immer vielknollig. Diese Blutungen lassen sich bei den abdominell gewordenen Myomen durch Ausschälung der Geschwulst ohne Eröffnung der Uterushöhle nicht beseitigen, weil die die Blutungen bedingenden Geschwülste in die Uterushöhle hineinragen. Entfernt man aber Geschwülste, welche keine Blutung machen, sondern welche vielleicht nur zufällig gefühlt werden, durch Ausschälung aus der Uteruswandung, so macht der Operateur nur eine Luxusoperation und noch dazu eine recht gefährliche. Diese Höhlenwunden sind außerordentlich schwer steril zu halten. Bei der Etagennaht der Wandung entsteht sehr leicht eine Läsionsinfektion der Gewebe (Tavel), durch die unvermeidliche Nekrose eines Teiles dieser Gewebe, welche den stets vorhandenen Bakterien Gelegenheit zur Infektion geben.

Oder es entstehen Hämatome im Gewebe, welche erst recht zu einer Hämatominfektion führen können.

Dührssen trägt in seinem Vorgehen diesen Gefahren Rechnung. Die von ihm angegebene Methode der Drainage derartiger Enukleationshöhlen durch das vordere oder hintere Scheidengewölbe mit Verschluß des Peritoneums darüber, scheint jedoch zu kompliziert und birgt vor allem die Ge-



fahr künftiger Uterusruptur bei neuer Schwangerschaft in sich. Für solche Fälle ist Abwarten und einstweilen nichts tun entschieden besser, und nach der Hofmeierschen Statistik ist die Möglichkeit einer Schwangerschaft auch ohne Operation keine geringe.

Welchen Gefahren man die Patientin bei der abdominellen Ausschälung aussetzt, beweist die Statistik, welche für diese Operation eine viel höhere Mortalitätsziffer ergibt, als für alle anderen Verfahren.

Bei der weitaus größten Mehrzahl der Fälle empfiehlt es sich, von einzelnen Ausnahmen abgesehen, von der abdominellen Enukleation abzusehen.

In den Rahmen der konservativen Myomoperation gehören daher die Fälle, in denen es möglich ist, ein interstitiell sitzendes Korpusmyom auf vaginalem Wege mittels Hysterotomie anzugreifen.

Natürlich muß die Diagnose exakt, eventuell in Narkose gestellt sein, daß es sich um ein interstitielles Myom handelt, welches gestielt werden kann. Man muß sich hüten, teilweise intraligamentär sitzende Myome auf diese Weise anzugreifen, oder solche, welche subserös zwischen Blase und vorderer Korpuswand in die Höhe gewachsen sind; zur Feststellung der ersteren ist eine Sondierung und Diagnose des Sitzes der Ovarien nötig; die letzteren, welche bei auffallend jungen Personen schon vorkommen, erkennt man teils an der Verschiebung der Blase mittels Katheters, teils an der Unbeweglichkeit des Tumors, während ein rein interstitielles Korpusmyom bei gleicher Größe gut beweglich ist.

Für die Enukleation rät F. auf die Verkleinerung (Morcellement) möglichst zu verzichten. Solange der Tumor unverkleinert ist, läßt er sich durch immer erneutes Einsetzen der Korkzieher und starkes Abwärtsziehen fortschreitend ausschälen. Es gelingt auf diese Weise, über kindskopfgroße Tumoren unverkleinert herauszubringen. Mißlingt die Operation einmal, wird der Uterus zu sehr verletzt, so ist nicht viel verloren, und man geht direkt zur vaginalen Totalexstirpation über.

Je mehr man sich in der Technik des vaginalen Vorgehens mit Hysterotomia anterior ausbildet, um so besser werden die Resultate sein, um so eher wird man sich entschließen, bei solchen Jungverheirateten, welche als unerwünschte Mitgift ein Myom mit in die Ehe bringen, dasselbe frühzeitig zu entfernen, um Konzeption zu ermöglichen, falls die Adnexe noch normal sind. Ebenso wird man sich eher entschließen, die wandständigen. heftige Migräne bewirkenden Tumoren frühzeitig auszuschälen.

Nach diesen Grundsätzen verfahrend, hat F. auf 265 radikale Operationen der letzten 5 Jahre 17 Ausschälungen auf vaginalem Wege mit Spaltung des Uterus vorgenommen. 1 vaginale Enukleation auf 15·5 radikale Operationen; bei 430 Radikaloperationen der Tübinger Klinik kommt 1 auf 48·2.

Es ist zu hoffen, daß mit größerer Verbreitung der frühzeitigen vaginalen Methode die großen abdominalen Operationen seltener werden. (Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 48.)

III. Aus der Praxis.

Neuere Erfahrungen mit Jodofan. Von Dr. J. Rosner, Wien. (Österreichische Ärzte-Zeitung Nr. 14, 1907.)

Die glänzende Prognose, die man dem Jodofan als Jodoformersatzmittel auf Grund seiner von bakteriologischer und von klinischer Seite gerühmten hohen Leistungsfähigkeit stellen konnte, erweist sich in der Praxis als zutreffend. Es ist nicht mehr zu bezweifeln, daß Jodofan nicht nur einen Ersatz des Jodoforms darstellt, sondern diesem durch seine auf das Bakterienwachstum geradezu antagonistisch wirkende Kraft (Piorkowski) bei vollkommener Geruch- und Geschmacklosigkeit sowie absoluter Ungiftigkeit und Reizlosigkeit gegenüber Wundfläche, Haut und Schleimhäuten überlegen ist. Die eingehenden Berichte der vorliegenden Arbeit bieten hiezu interessante Beläge.

Praktisch wichtig sind folgende Hinweise bezüglich der Anwendung des Jodofan: Bei jeder Art von sezernierenden Wunden ist Jodofan auf diese selbst nur in sehr dünner Schicht aufzustäuben. Es genügt dies infolge der hohen antibakteriellen Wirkung des Mittels, und ein zu Sekretionsverhaltung führendes Verbacken wird dadurch vermieden. Die Umgebung der Wunden dagegen wird mit dicker Jodofanschicht belegt. Es gelingt dadurch, das Sekret selbst bei stark infektiösen Prozessen unschädlich zu machen und jede Propagation zu verhüten. Den Abschluß bildet ein gewöhnlicher trockener bezw. feuchter Verband, zu dem man vorteilhaft Jodofangaze, die gebrauchsfertig zu beziehen ist, verwendet. (Chem. Institut Dr. Horowitz, Berlin.)

Bei Furunkulose sah Verf. mit diesem Vorgehen überraschend schnelle Heilung der Inzisionswunden. Niemals Kontaktinfektion oder Ekzem! Bemerkenswert ist ein Fall, der bei einer Furunkelattacke durch Jodoformanwendung ein hartnäckiges Ekzem bekommen hatte. Unter Jodofan heilten diesmal die zwei bestehenden Furunkel reizlos in 10 Tagen, während Pat. bei dem ersten Male 2 Monate an immer neu auftretenden Furunkeln zu leiden hatte.

Bei Ulcus molle wurde das Geschwür mit einer dünnen Schicht Jodofanpulver bestreut, dann wurde, um die Infektion der gegenüberliegenden Hautpartie zu verhüten, eine Wattelage ziemlich dick mit Pulver belegt, wobei darauf geachtet wurde, daß die Partie der Watte, die auf das Geschwür zu liegen kam, frei von Pulver blieb. In allen (8) Fällen überraschend schnelle Heilung ohne jede Komplikation. Nie ein Weitergreifen! Verf. hält Jodofan bei Ulkus „allen anderen Antiseptizis für weitaus überlegen".

Gegen Impetigo contagiosa erwies sich eine Jodofanzinksalbe (Jodofan. Zinc. oxyd. aa 2·00 Vasel. flav. 10·00) und Jodofanstreupulver (Jodofan. Zinc. oxyd. aa 5·00. Talc. 10·00) als eminent wirksam. Die durch Öl von Borken befreiten Hautstellen wurden mit der Salbe bedeckt, die freie Haut dagegen schon mit einer dickeren Lage des Jodofanstreupulvers belegt; darüber hydrophiler Verband. Heilung in 6—8 Tagen.

Schnitt- und Rißwunden bilden ein ausgezeichnetes Gebiet für Jodofan, meist war nach dem ersten Jodofanverband die Wunde vollständig gereinigt und heilte anstandslos aus.

Große Vorteile bildet nach Verf. die geschilderte Jodofanmethode bei den „Ulzerationen, die sich zwischen den Analfalten, in den Achselhöhlen, in der Haut zwischen Penis und Skrotum und diesem und den Oberschenkeln in den Hautfalten zwischen

Brustdrüse und Brustwand entwickeln“. Der Kontaktinfektion tritt das Jodafan hier wirksam entgegen und erzielt so raschere Heilung.

IV. Notizen.

Komitee für die Begründung einer Robert Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose. Unter dem Vorsitz des Staatsministers Dr. von Studt hat sich ein Komitee gebildet, das einen Aufruf für die Begründung einer „Robert Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose“ erläßt. Die Stiftung, die aus Anlaß des 25jährigen Gedenktages der Robert Kochschen Entdeckung des Tuberkelbazillus errichtet und somit der Erinnerung an die grundlegende Beobachtung für die Erforschung der gesamten menschlichen Infektionskrankheiten gewidmet wird, stellt sich, abgesehen von der Ehrung des genialen Forschers die Aufgabe, wissenschaftliche Arbeiten und damit auch praktische Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberkulose aus ihren Mitteln zu unterstützen. Bei der großen Zahl von Opfern, die die Tuberkulose noch immer fordert (in Deutschland allein im Jahre 1905 rund 122.000), muß ein solches Werk als höchst wertvoll anerkannt werden, und eine reichliche Beisteuer zur Stiftung von jedermann aus dem Volke ist auf das lebhafteste zu wünschen. Dem Komitee gehören u. a. Graf von Posadowsky-Wehner, Ministerialdirektor Althoff, der Präsident des kaiserl. Gesundheitsamtes, der Generalstabsarzt der Armee, der Vize-Oberzeremonienmeister des Kaisers Kammerherr v. d. Knesebeck, I. Leibarzt des Kaisers, Generaloberarzt Dr. Ilberg, der bayrische Gesandte in Berlin, die Minister des Innern aus Sachsen, Württemberg, Baden, Hessen, ferner Oberpräsidenten, Oberbürgermeister, hervorragende Ärzte, Industrielle usw. aus allen Teilen des Reiches an. Beiträge werden an das Bankhaus S. Bleichröder, Berlin, Behrenstraße 63, erbeten. Nähere Auskunft erteilt der Schriftführer des Komitees, Prof. Dr. J. Schwalbe, Herausgeber der Deutschen Medizinischen Wochenschrift, Berlin, W. 35.

Errichtung eines Ärzteheims in Marienbad. Der Marienbader Ärzteverein hat auf Anregung seines Mitgliedes, Herrn Dr. Alois Grimm in der Sitzung von 9. September einstimmig beschlossen, ein Ärzteheim zu errichten, um kranken, ermüdeten, erschöpften und überhaupt kur- oder erholungsbedürftigen Kollegen den Aufenthalt in Marienbad mit geringen Kosten zu ermöglichen. Es wurde beschlossen, die Institution schon in der nächsten Saison 1908 ins Leben treten zu lassen und, bevor ein eigenes Ärzteheim errichtet werden kann, provisorisch den Gästen Wohnungen in jenen Häusern zur Verfügung zu stellen, deren Besitzer Ärzte sind. Ein Komitee, bestehend aus den Kollegen Grimm, Stark und Zörkendörfer wurde eingesetzt und mit den weiteren Arbeiten betraut. Die Mitglieder dieses Komitees sind schon jetzt zur Erteilung von Auskünften jederzeit gerne bereit. Die Institution, welche vorläufig auf die Ärzte der österr.-ungar. Monarchie und Deutschland beschränkt bleibt, bietet folgende Benefizien: Freie Wohnung, unentgeltliche Beistellung der Bäder und sonstiger Kurheilbehelfe, Befreiung von der Kurtaxe. In Aussicht genommen und voraussichtlich schon 1908 durchgeführt sind ferner: Ermäßigung der Speisenpreise in erstklassigen Restaurationen gegen Vorweisung der Gastkarte, ermäßigte Theaterpreise, unentgeltlicher Zutritt bei den Veranstaltungen des Kurklubs und verschiedenen Konzerten usw. Es dürfte auf diese Weise auch jenen Kollegen, welche mit Glücksgütern weniger gesegnet sind, der Aufenthalt in Marienbad mit geringen Kosten ermöglicht werden. Zu Beginn der Saison werden





in den ärztlichen Zeitungen ausführliche Prospekte dieser vorläufigen Mitteilung nachfolgen.

Der Deutsche Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke hielt am 9., 10. und 11. d. in Posen seine 24. Jahresversammlung ab, für die eine besonders reichhaltige und fesselnde Tagesordnung aufgestellt ist. Der geselligen Vorversammlung am 9. Oktober folgte am 10. Oktober eine geschlossene Hauptversammlung mit nachstehender Tagesordnung: Bericht über Organisation und Agitation des Vereines und über den Mäßigkeitsverlag; Bekämpfung der Animierkneipen; Bericht über den Stockholmer Kongreß; Berichte über die Tätigkeit einiger Bezirksvereine; Neuestes aus der Frauenarbeit; Das 25jährige Jubiläum des Vereines im Jahre 1908; Organisation der Arbeit in Schule und Lehrerwelt. Hieran hatte sich alsdann nachmittags die öffentliche Jahresversammlung des Verbandes von Trinkerheilstätten des Deutschen Sprachgebietes angeschlossen. Für diese Versammlung wurden folgende Vorträge angekündigt: Bedürfen Alkoholkranke einer besonderen Behandlung? Die Tätigkeit der Frau in der Trinkerfürsorge; Die Stellung der Landesversicherungsanstalten zu den Trinkerheilstätten; Die Fürsorge für alkoholkranke Frauen. Ferner wurden in einer abends stattfindenden allgemein zugänglichen Begrüßungsversammlung durch eine Reihe von kurzen Ansprachen die Bestrebungen des Vereines näher erläutert und befürwortet. Für die auf Freitag angesetzte öffentliche Versammlung war ein Vortrag über die Aufgaben der Gemeindeverwaltungen im Kampfe gegen den Alkoholismus vorgesehen.

„Erziehung und sexuale Hygiene“ Über dieses Thema sprach vor kurzem Prof. Forel in Berlin. In dem Kinde, führte er aus, vereinigen sich alle Eigenschaften, die es von seinen Vorfahren ererbt hat, mit den Faktoren der Erziehung und den Eindrücken der Umgebung zu einem Ganzen. Eine scharfe Scheidung zwischen Erworbenem und Ererbtem ist nicht möglich. Aber die Anlagen, die im Kinde auf diese Weise entstanden sind, bekommen durch die Erziehung eine bestimmte Richtung. Von ungeheurer Wichtigkeit ist hiebei der Einfluß, den die Eltern auf das Sexualleben ihrer Kinder auszuüben vermögen. Bisher verhielt sich die „Gesellschaft“ gegen die Erörterung sexueller Fragen ablehnend; vor allem versucht man, den Kindern gegenüber über alles Sexuelle den Schleier des Schamgefühls zu decken. Im Gegensatz dazu tritt Forel für eine uneingeschränkte Aufklärung der Jugend ein; das darf natürlich nicht schablonenmäßig, sondern muß vollkommen individuell geschehen. Man muß die Kinder, die meist schon in frühesten Jahren die Zeichen ihrer sexuellen Art aufweisen, daraufhin studieren. Die Familie, nicht die Schule, ist für diese Aufgabe berufen. Aber man muß diese Dinge mit vollem Ernst besprechen; sonst verliert das Kind das Vertrauen und sucht seine Belehrung außerhalb. Am besten ist es, wenn man Fragen der Kinder über die Fortpflanzung ruhig und ohne Scheu beantwortet. Man muß den Kindern durch Beispiele aus dem Pflanzen- und Tierreich eine ideale Vorstellung von der Zeugung verschaffen. Dann betrachten sie schließlich alle diese Vorgänge von einem ganz anderen, höheren Gesichtspunkte, als wenn sie von außen in versteckter Weise aufgeklärt werden. Wenn die Kinder in natürlicher Weise über geschlechtliche Dinge zu denken gewohnt sind, dann treten sie auch den Gefahren, die ihnen auf dem sexuellen Gebiete später drohen, besser gerüstet entgegen. — In der zweiten Hälfte seines Vortrages ging der Redner dann ausführlich auf die eigentliche sexuelle Hygiene ein und entwickelte dabei seine Ansichten über die Ehe, die ja durch seine Schriften schon in den weitesten Kreisen bekannt geworden sind. Mit besonderer Wärme sprach er für das uneheliche Kind und schloß mit einer herzlichen Empfehlung der von Dr. Helene Stöcker inaugurierten Mutterschutzbewegung.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 42. Wien, 19. Oktober 1907. **Nr. 42.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Ein Beitrag zur Behandlung der Lungenentzündung.

Von **Dr. Max Meyer,** Bernstadt.

(Fortsetzung.)

Von nun an machte der Zusthnd schnelle Fortschritte zur Besserung. Unter Fortgabe der Kalomel-Koloquinthenpille jeden dritten Abend und Darreichung der Mittelsalzlösung an jedem Morgen begannen die Darmentleerungen allmählich den fötiden Charakter zu verlieren, die trockene, dick belegte Zunge begann an den Seiten sich zu röten und feucht zu werden und überraschend schnell stellte sich Appetit nach saueren, pikant schmeckenden Sachen ein. In der Hauptsache wurden als Nahrung dünne Mehlsuppen, Kompotts, Milchreis und Fruchtsäfte gereicht. Milch wurde wegen der Möglichkeit, von neuem die Darmpassage zu verstopfen, streng weggelassen, ebenso alle Fleischgerichte, Suppen usw.) Der Kranke war in relativ kurzer Zeit genesen und genießt, um eine Wiederkehr der Darmträgheit zu verhüten, in mehrtägigen Zwischenräumen die anfangs gereichte Mittelsalzlösung (in letzter Zeit Sanogal) fort.

Der Fall ist insofern interessant, als sich sichtlich unter dem Einflusse einer fortdauernden und anfänglich schwer beeinflußbaren Darmgärung, die im Anschlusse an eine Erkältung entstanden war, der Zustand solange gradatim verschlimmert hatte, als die Aufsaugung von Giftstoffen aus dem Darm bestand. Es konnte nicht bloßer Zufall sein, daß der Stillstand der Krankheit unmittelbar mit einer Beschleunigung der Darmpassage und einer dadurch bewirkten Ausscheidung der Gifte zusammenfiel. Sobald dies eingetreten, begannen auch die Ausscheidungsorgane, vor allem die Haut, intensiver zu arbeiten, indem ein profus einsetzender kritischer Schweiß eine Anzahl von im Körper kreisenden Giftstoffen eliminierte und von der bedrohten Stelle (dem Lungengewebe) ablenkte.

Es könnte sich nun die Frage erheben, weshalb bei gleicher Sachlage ähnliche Fälle, bei denen man ärztlicherseits nicht auf eine Beschleunigung der Darmpassage hingewirkt, nicht einen ungünstigen Ausgang annehmen. Dem kann entgegengehalten werden, daß ein erheblicher Prozentsatz der Fälle tatsächlich letal endigt, wie die Statistik beiläufig zeigt, daß aber in den übrigen, genesenen Fällen sich eine Umwandlung des Darminhaltes vollzieht. Wir dürfen uns vorstellen, daß der anfangs zähklebrige Darminhalt bei seinem längeren Verweilen im Körper unter dem Einfluß der höheren Körpertemperatur, der vermehrten Wasserabgabe, der längeren Resorption und Auslaugung, eine gewisse Eintrocknung erfährt (Typhus II meiner Schrift: Die Gesundheitsstörungen vom Darm aus l. c.) und dadurch ein immer ungünstigeres Objekt für die Resorption darbietet als ein weicher, stagnierender Darmbrei, der allen Buchten der Darmwand innig anhaftet und somit günstige Resorptionsverhältnisse aufweist. Wir dürfen uns vorstellen, daß unter solchen Umständen der länger stagnierende Darminhalt schließlich geradezu verhärtet und in diesem Aggregatzustand sich schließlich wie ein Fremdkörper verhält, dergestalt, daß seine bloße Anwesenheit schließlich eine reaktive Hyperämie des Darminnern, dadurch zugleich eine Aufhebung der tonischen Starre und infolgedessen einen Antrieb zur Peristaltik reflektorisch auslöst. Jedenfalls beginnt mit dem Aufhören der Resorption der Gifte die Entfieberung und zugleich die Vermehrung der Giftelimination durch die Haut (kritischer Schweiß). Tritt dieses Aufhören der Resorption infolge rascher Eindickung der Ingesta oder infolge schneller Elimination durch medikamentöse Einwirkung schnell ein, so beobachten wir eine rasche Entfieberung: Krisis. In Fällen verlangsamter Eindickung und dadurch verzögerter Aufhebung der Resorption kann es vorerst zu einer langsamen Entfieberung (Lysis) gelangen, bis schließlich die Resorptionsbedingungen so ungünstige werden, daß ein völliges Aufhören des Fiebers eintritt.

In allen Fällen aber, wo unter besonderen Umständen [7]) eine Eintrocknung der Ingesta nicht eintreten kann, geht die fieberhafte Anschoppung (Entzündung) des befallenen Lungengewebes solange weiter, bis schließlich unter ödematösen Erscheinungen und Kreislaufstörungen die Lunge und mit ihr der Gesamtorganismus seinen Betrieb einstellt.

Es erübrigt noch, die Resorption von Darmgiften, als Krankheitsursache vorausgesetzt, zu erörtern, weshalb in dem einen Falle der Darm oder das Lungengewebe, in anderen Fällen wieder die Haut, die Ausscheidungsorgane, das Gesamtprotoplasma usw. erkranken.

Zur Beantwortung dieser Frage müssen wir uns vorerst vergegenwärtigen, daß die einzelnen Teile des mensch-

[7]) Z. B. Charakter der vorher eingeführten Nahrung, reichliche, die Eintrocknung verhindernde Flüssigkeitsgefahr, Nachschub toxinbildender Nahrung (Fleisch, Eiweiß), und zu Gärung neigender Stoffe, Zufuhr gewisser Medikamente (Opiate) usw.

lichen, tierischen und pflanzlichen Organismus, kurz aller organisierter Protoplasmagebilde verschiedene Wertigkeit hinsichtlich ihres Widerstandes gegen andringende Schädlichkeiten aufweisen. Die schwielige Faust kann oft ungestraft extreme Wärme- und Kälteeinwirkungen ertragen, während das labilere Lungengewebe schon durch relativ geringfügige Schwankungen der Temperatur oder durch mechanische Insulte (Rauch, Staub) heftig alteriert werden kann. Die Beschaffenheit der einzelnen Protoplasmabezirke kann nun sowohl nach der günstigen als nach der ungünstigen Seite hin eine ererbte oder eine erworbene sein. Langjährige Erfahrungen und tägliche Beobachtungen zeigen uns fortgesetzt, in welch auffälliger Weise eine gewisse Organschwäche sich oftmals durch ganze Generationen fortzuerben vermag. Andererseits aber wissen wir auch aus den Erfolgen moderner Hygiene[8]), daß es bei verständnisvollem Eingehen auf die uns zu Gebote stehenden zahlreichen Erfahrungen gelingt, sowohl minderwertig ererbte Organe zu kräftigen als auch gesunde Organe zu einer Vermehrung ihrer Widerstandsfähigkeit, ihrer Energie und ihres Volumens zu bringen.

Ein Organ von ganz besonders labiler Struktur im Verhältnis zum übrigen Körperprotoplasma ist nun das Lungengewebe. Kein Wunder, wenn auch diese labile Struktur sich häufigen Insulten gegenüber (zumeist thermischer, seltener mechanischer Art) wenig refraktär erweist, ist aber einmal eine Organschwäche erworben worden, so lehrt die Erfahrung, daß gerade eine solche Minderwertigkeit in auffallender Weise[9]) vererbt wird. Die vererbte Organschwäche bringt es dann mit sich, daß das schwache Organ schon von solchen Schädlichkeiten mehr oder weniger hart mitgenommen wird, die Gesunden an dieser Stelle keine Nachteile bringen. Tritt nun, wie so häufig, zu einem Organinsult eine Zufuhr von Protoplasmaschädlingen (zumeist aus dem Darm aufgesaugte Gifte), so tritt an dem affizierten Bezirke unter Einwirkung der äußeren Schädlichkeit und der inneren Giftzufuhr die bekannte rektive Hyperämie (Entzündung) ein, welche unter schließlicher Zuwanderung von mobilen Protoplasmaelementen (Leukozyten), die den Kampf mit von außen eingedrungenen Schädlingen (Bakterien) und inneren Noxen (Toxine) aufnehmen, abklingt, wenn nicht unter gewissen Umständen ein Stillstand der gesamten Körperfunktionen (Tod) vorher eingetreten ist.

Überall da nun, wo Protoplasmazerfall eintritt, ist ein vermehrtes Wachstum schmarotzender Kleinlebewesen, die je nach Organ (Pneumokokkus, Meningokokkus usw.) eine verschiedene Konfiguration aufweisen, zu beobachten. Deren vermehrte Anwesenheit kann zu der täuschenden Annahme führen, daß sie allein in der Hauptsache die „Erreger“ des lokalen, krankhaften Prozesses sind. Im Widerspruch hiemit steht indes die längst gemachte Beobachtung, daß die verschiedenen Kleinlebewesen jahraus, jahrein bei völlig Gesunden die Bewohner der einzelnen Organe sind. Der Ausweg nun, die Bakterien einzuteilen in abgeschwächte, virulente und hochvirulente, bringt, da er sichtlich nur eine Verlegenheitshypothese darstellt, kein Licht, denn nun erhebt sich von neuem die Frage: woran erkennt man — da Impfversuche nur selten eindeutig ausfallen und eine reine Bakterienwirkung nie beweisen — virulente Bakterien und welchen Ursachen führt man ihre Entstehung zu? Wenn man bei besonders schweren Fällen eine Infektion durch virulente und hochvirulente Pneumokokken annehmen wollte, so muß es doch einem befangenen Beobachter befremdlich bleiben, wie relativ selten die Umgebung des Kranken, das Wärterpersonal, die Ärzte erkranken, während es doch bei der Hochvirulenz der Bakterien und bei ihrem massenhaften Umherwirbeln in Form kleinster, ausgehusteter Tröpfchen zur Regel gehören müßte, daß die Umgebung erkrankt.

[8]) Pflüger, Bonn, Hueppe, Prag; Sir Weber, London u. a.

[9]) Vergl. Prof. Riffels Tabellen über die Vererbung der Schwindsucht und des Krebses.

Disposition liegt vor, hört man sagen. Ja, aber ist diese nicht wieder der Ausdruck der vorhandenen Organschwäche, ohne die es nicht zur Krankheit kommen kann?

Ich habe diese Verhältnisse ausführlicher behandelt in den S. 2 genannten Schriften, und hiebei wiederholt hingewiesen auf die Ähnlichkeit der Verhältnisse mit denen der Pflanze.

Die Pflanze ist hinsichtlich ihres Wohlbefindens ganz besonders abhängig von dem Nährboden, in dem ihre Wurzelorgane eintauchen. Verändert sich die Beschaffenheit des Nährbodens infolge von Zersetzung, Fäulnis usw., wie man das besonders instruktiv an der Topfpflanze beobachten kann, so beginnt alsbald die Pflanze an gewissen oberirdischen Teilen zu erkranken, sich zu verfärben und eigentümliche Schmarotzerbesiedelungen zu zeigen. Nichts wäre nun verkehrter, als an diesen kranken Blättern oder Zweigen herumzuexperimentieren, denn der eigentliche Krankheitsherd sitzt an ganz anderer Stelle. Das weiß auch der erfahrene Gärtner, Landwirt usw. sehr gut, und er tut das einzig Richtige in diesem Falle: er beeinflußt die Aufsaugungsvorgänge dergestallt, daß er entweder die Topfpflanze umpflanzt oder den Boden drainiert; er erreicht dadurch, daß in beiden Fällen Zersetzungsvorgänge nicht mehr stattfinden können, und daß die Wurzeln der betreffenden Pflanzen aus gesunder Umgebung ihr Nahrungsbedürfnis decken.

Das, was für die Pflanzen die Wurzeln als Aufsaugungsorgane sind, bedeutet für den Menschen der Darm. Bei beiden bringt die Einverleibung gewisser Umsetzungen organischer Materie durch die Aufsaugungsorgane ernste Schädigungen des Gesamtprotoplasmas lokaler oder allgemeiner Art.

Es wird neuerer Forschung vorbehalten sein, zu ermitteln, ob die einzelnen bereits isolierten Gifte spezielle Affinitäten zu einzelnen Körperbezirken — nach Art unserer gebräuchlichen Pharmaka — aufweisen. Zum Teile ist das schon geschehen: Charrin und Le Play[10]) haben mit alkohollöslichen Darmgiften experimentell erzeugt: Entwicklungshemmungen, Zwergwuchs, Veränderungen am Myokard, an der Leber, den Lungen, der Haut, den Nerven, den Nieren, ferner Albuminurie, Urobilinurie, Demineralisation usw. In welcher Weise die Veränderungen an den Lungen zur Beobachtung kamen, ist nicht näher ersichtlich, es ist aber nach Analogie der Veränderungen an anderen Organen anzunehmen, daß sich zeitweise gewisse Gifte mit Vorliebe in einzelnen Lungenbezirken etablieren und dort spontan — was das Wahrscheinlichste ist, zumal bei ererbter Organschwäche — oder auf irgendwelche Reize von außen hin lokalen Protoplasmazerfall bewirken.

Es wäre denkbar, daß bei gehäuftem Auftreten derartiger Entzündungen des Lungengewebes (genuine Pneumonie), die übrigens selten genug zur Beobachtung gelangen, z. B. in Krankenhäusern, Spitälern usw., der Genuß einer gemeinsamen Schädlichkeit[11]) auf dem Gebiete der Nahrungs- oder Genußmittel (Fleisch, Backwerk, Kraut, Käse, Bier, Wasser usw.) ebenso die Veranlassung zu lokaler Erkrankung gebildet habe wie etwa der nachgewiesenermaßen ursächliche Genuß von verdorbenen Fischen, Fleisch usw. bei Typhus, oder eine auf ähnlichem Gebiete sich bewegende, hygienische Schädlichkeit bei Zerebrospinalmeningitis (Oberschlesien).

(Schluß folgt.)

[10]) Le Bullet. med. 1905, Nr. 58.

[11]) Es erscheint deshalb nicht als bloßer Zufall, wenn, wie Zeitungsberichte sagen, in Kasernen bei auftretenden Epidemien die (sich auswärts beköstigenden) Unteroffiziere verschont bleiben. Denn so folgsam ist der Bazillus doch nicht, daß er vor der militärischen Charge Halt macht.

Österreichischer Ärztekammertag in Troppau.

(Schluß.)

Es wurden ferner folgende Beschlüsse gefaßt:

Zu Punkt 1: Der Rechenschaftsbericht der geschäftsführenden Ärztekammer wird genehmigt.

Zu Punkt 2: Der Rechenschaftsbericht des Geschäftsausschusses der österreichischen Ärztekammern wird zur Kenntnis genommen.

Zu Punkt 2: Dem Geschäftsausschusse der österreichischen Ärztekammern wird der wärmste Dank ausgesprochen.

Zu Punkt 3 (§ 26): Der Verlust des akademischen Grades und der davon abhängigen Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes soll nur dann eintreten, wenn das Verbrechen aus entehrenden Beweggründen begangen wurde.

Zu Punkt 3 (§ 163): Die Teilnahme von Ärzten an einem Zweikampfe behufs ärztlicher Hilfeleistung werde für straflos erklärt.

Zu Punkt 3 (§ 343): Mit Haft soll bestraft werden:

Wer ohne Besitz eines zur Praxis in Österreich berechtigenden ärztlichen Diploms, gleichgültig ob gegen Entgelt oder unentgeltlich, einen Menschen ärztlich behandelt, den Fall dringendster erster Hilfe ausgenommen.

Bei gesundheitlichen Schädigungen eines Menschen durch die unbefugte Behandlung treten die Folgen des § 335 ein.

Zu Punkt 3 (§ 349): Dieser Paragraph soll aus dem Strafgesetze eliminiert werden.

Zu Punkt 3 (§§ 356, 357, 358): Die §§ 356, 357 und 358 sind aus dem Strafgesetze zu eliminieren.

Zu Punkt 3 (§ 375): Auch dieser Paragraph soll als eigentlich nicht in das Strafgesetz, sondern in eine administrative Vorschrift für den Totenbeschauer gehörig, aus dem Strafgesetze eliminiert werden.

Zu Punkt 3: Das Justizministerium wird ersucht, zur Enquete über den § 2 des Strafgesetzes beziehungsweise des analogen Paragraphen im Entwurfe des Strafgesetzes Psychiater und Nervenärzte als Experten heranzuziehen.

Zu Punkt 3: Die Frage der Zuerkennung von Zeugengebühren im Strafverfahren an Ärzte, deren Wohnsitz vom Sitze des Gerichtes weniger als 15 Kilometer entfernt ist, wird dem Geschäftsausschusse zum weiteren Studium zugewiesen.

Zu Punkt 3: Der XII. österreichische Ärztekammertag ersucht die k. k. Regierung, vor der Einbringung des neuen österreichischen Strafgesetzentwurfes

1. fachwissenschaftliche Experten, und zwar Professoren der medizinischen Fakultät, Gerichtsärzte, beamtete Ärzte und praktische Ärzte für die §§ 125—133 (Notzucht, Schändung usw.), 134—143 (Mord und Todschlag), 144 bis 148 (Abtreibung der Leibesfrucht), 149—151 (Weglegung eines Kindes), 152—157 (schwere körperliche Beschädigung);
2. für die §§ 2, 26, 163, 343, 354, 448, 356, 357, 358, 359, 350, 351, 352, 375 neben den fachwissenschaftlichen Experten Vertreter der Ärztekammern, ärztlichen Organisationen und der praktischen Ärzte

zu einer Enquete einzuberufen, weil a) die rein wissenschaftlichen Fragen, b) die Fragen der Praxis nur unter Mitwirkung der sachlich am besten orientierten Fachmänner gelöst werden können.

Zu Punkt 4: Der Antrag der Ärztekammer Böhmens zu Punkt 4 wurde zurückgezogen.

Zu Punkt 5: 1. Das Projekt der Gründung einer eigenen gemeinsamen Unfallversicherungsanstalt auf dem Prinzipe der gegenseitigen Haftung ist von den einzelnen Kammern ehestens in Beratung zu ziehen.

2. Bis zur Durchführung des sub 1 angeführten Projektes sind neue Unfallversicherungen nur bei Gesellschaften abzuschließen, welche um mindestens 20% niedrigere Prämiensätze als die des Kartelltarifes gewähren.

3. Es ist den Ärzten zu empfehlen, bei Abschluß von Versicherungen der Invalidität das Hauptinteresse zuzuwenden und eventuell die Versicherungsprämien für vorübergehende Invalidität zugunsten der Versicherung gegen bleibende Invalidität zu vermindern.

4. Es ist eine Änderung der Taxe für Invalidität anzustreben.

5. Das Kündigungsrecht der Gesellschaften ist einzuschränken und in strittigen Fällen von einem Schiedsgerichte abhängig zu machen.

6. Der Geschäftsausschuß der österreichischen Ärztekammern wird beauftragt, mit denjenigen Gesellschaften, welche sich bereit erklären, Änderungen der Versicherungen vorzunehmen, sowie entsprechende Prämiensätze zu akzeptieren, sofort in Unterhandlungen zu treten; falls ein Übereinkommen getroffen werden sollte, ist an die Ärzteschaft eine aufklärende Mitteilung zu versenden.

Zu Punkt 5 Zusatzanträge: Die Ärztekammern sind unverzüglich anzuweisen, ihre Mitglieder in dem Sinne zu instruieren, daß sie nach Klärung der vom Geschäftsausschusse übernommenen Aktion keine langfristigen Unfallversicherungsverträge ohne vorherige Anfrage bei der betreffenden Ärztekammer abschließen sollen.

Die Ärzte sind darauf aufmerksam zu machen, daß der Vertrag ein Jahr weiterläuft, wenn er nicht drei Monate vor Ablauf gekündigt wird.

Zu Punkt 5: Der XII. österreichische Kammertag fordert die einzelnen Ärztekammern auf, das Gesetz betreffend die Pensionsversicherung der in privaten Diensten und einiger in öffentlichen Diensten Angestellten noch einmal im Vereine mit den Organisationen einer Beratung zu unterziehen und die Beschlüsse dem Geschäftsausschusse der österreichischen Ärztekammern zu übermitteln, welcher dem XIII. österreichischen Ärztekammertage seine endgültigen Vorschläge bezüglich der Einbeziehung beziehungsweise Ausschaltung der Kassenärzte zu machen hat.

Zu Punkt 6: Es sei die Regierung aufzufordern, dafür Sorge zu tragen, daß tunlichst bald eine den modernen Anforderungen entsprechende Ärzteordnung unter Zugrundelegung des dem hohen Hause der Abgeordneten vom 21. November 1906 und im Juni 1907 überreichten Entwurfes Gesetzeskraft erlange.

Zu Punkt 7: Als Honorar für Atteste für Volksversicherungen sind 5 Kronen anzustreben, für Atteste für alle anderen Arten von Versicherungen bleibt das Honorar von 10 Kronen aufrecht.

Der Geschäftsausschuß wird ersucht, zu fixieren, was unter Volksversicherung zu verstehen ist, beziehungsweise welche Formulare hiefür zu verwenden sind. Der Geschäftsausschuß wird ersucht, diese Bestimmungen zu redigieren und in Druck legen zu lassen und an alle österreichischen Ärztekammern in der erforderlichen Anzahl von Exemplaren zu versenden.

Zu Punkt 8: Der Antrag der steiermärkischen Ärztekammer:

„Der Ärztekammertag möge eine Eingabe an das k. k. Ministerium des Innern richten mit dem Ersuchen:

1. den Bandagisten in Erinnerung zu bringen, daß sie nur dann befugt sind, mechanisch- oder orthopädisch-chirurgische Hilfsapparate anzufertigen, wenn sie hiezu durch die vorausgehende Anordnung eines Arztes aufgefordert werden, analog den Apothekern, die nur auf Grund eines von einem Arzte ausgestellten Rezeptes wichtige Medikamente ausfertigen dürfen,
2. jede Ankündigung von orthopädischer Tätigkeit durch nicht zur ärztlichen Praxis berechtigte Personen zu verbieten,
3. den Titel „Orthopäde“ und jede Zusammensetzung des Wortes im Sinne des Erlasses des k. k. Ministeriums des Innern vom 27. Mai 1892, Z. 11298 in der Art zu schützen, daß nur Ärzte denselben führen dürfen, er also von Ankündigungen, Firmentafeln usw. der Bandagisten und Laien zu löschen ist“



wird in merito angenommen und die endgültige Redigierung unter Rücksichtnahme auf den Antrag Castiglioni dahingehend:

„. . . . . . . den Bandagisten in Erinnerung zu bringen, daß sie mechanisch- oder orthopädisch-chirurgische Hilfsapparate weder ordinieren noch anraten dürfen, und daß sie dieselben nur dann anfertigen und anlegen dürfen, wenn sie hiezu durch Weisung des Arztes berechtigt sind“ . . .

dem Geschäftsausschusse überlassen.

Zu Punkt 8 Zusatzantrag: Der Ärztekammertag legt der Eingabe an das Ministerium die von der Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums zur Verfügung gestellten 500 Reklameannoncen unter Angabe des Datums und der Zeitung bei.

Zu Punkt 9: Es ist weder gegen die gute Sitte noch gegen die Würde des ärztlichen Standes, wenn Ärzte, die in Kurorten Praxis ausüben, auswärtige Ärzte besuchen, um mit diesen bekannt zu werden und für ihren Kurort Propaganda zu machen. Unzulässig dagegen ist das Besuchen von Parteien ohne vorherige Verständigung und Einwilligung des Hausarztes sowie die Weiterbehandlung der Patienten während des Winters, ferner das Anbieten von Vorteilen irgend welcher Art zwecks Vergrößerung der Klientel. Vorausgesetzt wird, daß diese Besuche mit dem nötigen Takt vorgenommen werden.

Zu Punkt 10: Für jede Anzeige einer Infektionskrankheit sollen die Ärzte ein Honorar erhalten und es ist im Wege eines Seuchengesetzes für eine Bezahlung vorzusorgen.

Der Geschäftsausschuß wird beauftragt, an maßgebender Stelle Verhandlungen anzuknüpfen, um noch vor Erlaß eines Seuchengesetzes ein Honorar zu erlangen, das für wohltätige Zwecke zugunsten der Ärzte zu verwenden wäre.

Zu Punkt 10: Der Ärztekammertag protestiert gegen den § 479 des neuen Strafgesetzentwurfes, durch welchen die Unterlassung der Anzeige vom Ausbruche einer ansteckenden Krankheit durch den Arzt unter Strafe gestellt wird.

Zu Punkt 11: Der Antrag der Bukowinaer Kammer: „Mit Rücksicht auf die verschiedenartige Auffassung der Ärzte in bezug auf die Berechtigung zur Führung von Titeln in den Annoncen, auf Ankündigungstafeln, Rezepten usw. stellt die Ärztekammer für die Bukowina das Ersuchen, der XII. österreichische Ärztekammertag wolle sich darüber aussprechen, welche Titel als legal zu bezeichnen sind und nach den Standesregeln geführt werden dürfen“ wird den einzelnen Ärztekammern zur Beratung behufs Behandlung auf dem nächsten Ärztekammertage überwiesen.

Zu Punkt 12: Der XII. österreichische Ärztekammertag beschließt die Regierung zu ersuchen: Die Vorsitzenden der Landessanitätsräte werden angewiesen, die Ärztekammern von der Tagesordnung jeder Sitzung rechtzeitig zu verständigen, welche zu entscheiden haben, ob eine Frage von prinzipieller Natur und für die Ärzte von Interesse ist.

Zu Punkt 13: Zur geschäftsführenden Ärztekammer für das nächste Jahr wird die Vorarlberger Kammer gewählt.

Zu Punkt 14: In den Geschäftsausschuß der österreichischen Ärztekammern werden gewählt: Dr. Ewald, Dr. von Festenburg, Dr. Liehmann, Dr. List, Dr. Petřina und Dr. Schlömicher. Falls Dr. Liehmann die Wahl nicht annimmt, gilt an dessen Stelle Dr. Kučera als gewählt.

Dringlichkeitsantrag der mährischen Ärztekammer: Da mit Rücksicht auf die Verstaatlichung der Nordbahn das Krankenkassenstatut derselben mit dem Krankenkassenstatut der übrigen k. k. Staatsbahnen in Übereinstimmung gebracht und durch die Versicherung der Familienangehörigen der Bahnbediensteten eine große Anzahl von Personen der freien ärztlichen Behandlung entzogen wird, wird der Geschäftsausschuß beauftragt, möglichst bald eine Eingabe dem k. k. Eisenbahnministerium zu überreichen, in welcher die Einführung der freien Ärztewahl für die Familienangehörigen angestrebt wird.

Eine ähnliche Aktion ist bezüglich der Südbahn zu unternehmen.

Dringlichkeitsantrag der Ärztekammer Böhmens, deutsche Sektion: Angesichts der Blatternfälle in Wien und der drohenden Gefahr einer Einschleppung der Variola auch in angrenzende Kronländer stellt die deutsche Sektion der Ärztekammer Böhmens den Antrag, der XII. Ärztekammertag wolle beschließen, es sei möglichst umgehend an die Regierung heranzutreten, daß noch im Laufe der heurigen Reichsratssession dem Parlamente ein Gesetzentwurf betreffend die obligatorische Impf- und Revakzinationspflicht vorgelegt werde, damit womöglich bereits im Frühjahre 1908 nach diesem neuen Gesetze vorgegangen werden könne.

Internationale Tuberkulosekonferenz.

(Fortsetzung.)

Auch in meinem Institut sind zur Klarstellung der Sachlage eine Anzahl von Untersuchungen ausgeführt worden. Zu diesen gehört zunächst die Arbeit Bartels. Das wichtigste Ergebnis der Versuche Bartels besteht darin, daß auch bei der Einfuhr von Tuberkelbazillen in den Digestionstrakt diese stets und sehr bald in die regionären Lymphdrüsen und weiterhin gelegentlich auch in die Bronchialdrüsen gelangen können und daß sie in diesen Organen, auch wenn sie keine spezifisch-tuberkulösen Veränderungen erzeugen, doch lange Zeit sich lebensfähig zu erhalten vermögen. Bartel unterläßt es selbstverständlich, aus diesen seinen Tierversuchen apodiktische Schlüsse für den Menschen zu ziehen; doch weist er mit Recht darauf hin, daß, falls man statt des Kaninchens mit der kurzen Lebensdauer den Menschen mit der viel längeren Lebensdauer setzt und statt einer einmaligen massenhaften Einfuhr von Tuberkelbazillen eine fortgesetzte, aber oft nur minimale, beim Menschen ähnliche Zustände innerhalb eines viel längeren Zeitraumes sich entwickeln können und deshalb die Ansicht v. Behrings zum mindesten als sehr beachtenswert erscheint.

Es stellte sich in den Tierversuchen Bartels und Spielers bezüglich des Befallenseins der verschiedenen lymphatischen Gewebsgruppen folgendes Prozentverhältnis heraus: Tonsillen und Umgebung 11·7 %, Halslymphdrüsen 58·8 %, Bronchialdrüsen 52·9 %, Gekrösdrüsen 100 %. Wenn man aber bloß die makroskopisch sichtbaren Veränderungen in Betracht zieht, so ergibt sich folgendes Verhältnis: Tonsillen und Umgebung 0 %, Halsdrüsen 45 %, Bronchialdrüsen 64 %, Gekrösdrüsen 45 %. Man würde ferner bei letzterer Betrachtungsweise 27 % für Fütterungstuberkulose, 63 % für Inhalationstuberkulose und 9 % für isolierte Tuberkulose der Halsdrüsen berechnen können.

Für die Frage nach der Häufigkeit der Inhalations- und und Deglutitionstuberkulose beim Menschen, namentlich im Kindesalter, lassen sich bis zu einem gewissen Grade die Ergebnisse der Arbeit Bartels und Spielers: „Der Gang der natürlichen Tuberkuloseinfektion beim jungen Meerschweinchen“, verwerten. Sie bestehen darin, daß bei ganz kurzem Aufenthalte der Meerschweinchen in der Wohnung der Phthisiker (bis zu sechs Tagen), also bei sehr kurzer Dauer der Infektionsgelegenheit, keine Erkrankung der Lungen entstand, daß also nicht jene Menge von Tuberkelbazillen durch Inhalation in die Lungen eindrang, welche für das Zustandekommen einer Inhalationstuberkulose notwendig ist; wohl aber müssen während dieser Zeit sehr große Mengen von Tuberkelbazillen in den Digestionstrakt gelangt sein, da die Tiere schon Fütterungstuberkulose aufwiesen. Bei wiederholter oder länger dauernder Infektionsgelegenheit kam aber auch schon eine genügende Zahl von Tuberkelbazillen mit der Atemluft in die Lungen, selbstverständlich auch eine sehr große Menge in den Digestiontrakt und von hier sekundär in die Lungen, nur daß die Tuberkulose der letzteren jene der Gekrösdrüsen überholte. Wenn man nun diese Resultate auf den Menschen übertragen darf, so kann man annehmen, daß auch bei ihm, namentlich im Kindesalter, recht häufig große Mengen von Tuberkelbazillen in

den Digestionstrakt gelangen, aber sehr oft hier wegen der größeren Widerstandsfähigkeit des Menschen keine oder keine manifeste Tuberkulose erzeugen, jedoch sekundär die Bronchialdrüsen und Lungen infizieren können, woselbst sie eine manifeste, rasch zunehmende Tuberkulose hervorrufen.

Aus diesen Ausführungen glaube ich den Schluß ziehen zu dürfen, daß wir die durch den Kasseler Vortrag v. Behrings aufgerollte Streitfrage zwar noch nicht zu entscheiden imstande sind, daß wir aber schon jetzt behaupten können, die Fütterungs-, beziehungsweise Deglutitionstuberkulose komme beim Menschen, besonders im Kindesalter, viel häufiger vor, als bis vor kurzem noch die meisten Forscher geglaubt haben. Bei diesem Infektionsmodus kann aber das Eindringen der Tuberkelbazillen nicht bloß vom Magen und Darme, sondern auch von der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle und zwar gleichzeitig von allen diesen Stellen erfolgen, gleichgültig, ob die Bazillen mit der Nahrung und sonstigen Ingesta oder mit der Atemluft oder auf andere Weise in die genannten Höhlen gekommen sind. In den betreffenden Schleimhäuten und auch in den regionären Lymphdrüsen braucht es nicht sogleich oder überhaupt nicht zu manifesten, beziehungsweise spezifisch-tuberkulösen Veränderungen zu kommen, sondern die Wirkung der Tuberkelbazillen kann sich zunächst in der Erzeugung der sogenannten lymphoiden Tuberkulose äußern, deren Dauer verschieden lange sein kann und die schließlich entweder ganz zurückgeht oder nach erneuter Infektion, aber auch ohne eine solche, zu spezifisch-tuberkulösen, beziehungsweise manifesten Veränderungen führt, sei es an den Eingangspforten oder in den Lungen und Bronchialdrüsen oder in anderen Organen.

Zum Schlusse kann, was ja für die Aufgaben unserer Konferenz von ausschlaggebender Bedeutung ist, betont werden, daß trotz der noch bestehenden Divergenzen in den Anschauungen über die Häufigkeit der verschiedenen Infektionswege der Tuberkulose, insbesondere der Inhalations- und Deglutitionstuberkulose, bezüglich der Art der Prophylaxe der Tuberkulose doch keine Meinungsverschiedenheit besteht, indem wohl alle darin einig sein werden, daß erstens das Eindringen der von Menschen und Tieren stammenden Tuberkelbazillen in den Organismus, insbesondere in den Respirations- und Digestionstrakt, daher vor allem die Versträuung und Verstäubung tuberkelbazillenhältiger Se- und Exkrete, sowie der Genuß tuberkelbazillenhältiger Nahrungsmittel verhütet werden muß, und daß zweitens alles hintanzuhalten ist, was die Ansiedlung und Vermehrung der etwa in den Körper eingedrungenen Tuberkelbazillen begünstigen kann."

Mit den „Infektionswegen" beschäftigte sich auch der Breslauer Kliniker Professor Flügge in seinem Vortrage

Ätiologie der Tuberkulose,

der zu folgenden Resultaten kommt: 1. Experimentell läßt sich bei den verschiedensten Versuchstieren durch wenige mit der Luft eingeatmete Bazillen Lungentuberkulose hervorrufen. Die Inhalation ist hinsichtlich der infektiösen Dosis fast so wirksam wie die subkutane Injektion, bewirkt aber die Erkrankung noch schneller. 2. Werden Tuberkelbazillen „verfüttert", so daß sie vom Darm oder vom Rachen in den Körper gelangen, so sind millionenfach größere Bazillenmengen als bei der Inhalation nötig und die Krankheitserscheinungen sowie der Tod treten viel später ein. 3. Inhalierte Bazillen werden daher nicht — wie einige Autoren behaupten — erst durch das Verschlucken wirksam. Dagegen kann umgekehrt bei den Fütterungsversuchen die Aspiration (Einatmung) kleinster Mengen zur schnellsten Entwicklung der Lungeninfektion führen. 4. Daraus ist jedoch noch kein Schluß statthaft auf die natürlichen Verbreitungswege; denn hiefür kommt in Betracht, inwieweit unter normalen Verhältnissen jeder der beiden Wege Gelegenheit zur Aufnahme von Bazillen bietet. 5. Die Infektionsgelegenheiten sind wesentlich anders für Menschen und Tiere. 6. Für den Menschen liegen die Infektionsgelegenheiten verschieden, je nach Sitten und Gebräuchen. Unter Umständen kann bei Kindern die „intestinale Infektion" durch Milch, Butter oder durch das Indenmundbringen der mit Sputum beschmutzten Finger entstehen, um so häufiger, je verseuchter der Milchstall, je vernachlässigter das Kind, je sorgloser der Schwindsüchtige mit seinem Sputum umgeht. Bei einiger Vorsicht pflegt aber die auf diese Weise in den Darm gelangte Tuberkelbazillenmenge nicht auszureichen, um Infektion zu bewirken. Dagegen repräsentieren eine sehr verbreitete Infektionsquelle die vom Phthisiker oft in großen Mengen ausgehusteten und der Luft seiner nächsten Umgebung beigemischten tuberkelhaltigen Tröpfchen; weniger tuberkelbazillenhaltiger Staub, da die Bildung feinster flugfähiger Stäubchen aus Sputum schwierig und selten ist. Im dauernden Verkehr mit einem Tuberkulosen ist die Gelegenheit zur Inhalation tuberkelbazillenhaltiger Tröpfchen sehr häufig gegeben; namentlich im Verkehr zwischen Mutter und Kind, nicht selten auch bei Pflegerinnen, Eheleuten, bei Arbeitern an gemeinsamer Arbeitsstätte. Durch Sitten und Lebensgewohnheiten wird auch diese Infektionsgelegenheit selbstverständlich stark beeinflußt.

Da die Inhalation tuberkelbazillenhaltiger Luft als ein besonders gefährlicher Infektionsweg erkannt ist, der schon bei kleinsten Mengen Bazilleninfektion vermittelt, und da die Gelegenheit zur Benutzung dieses Weges häufig vorhanden ist, kommt zweifellos der weitaus größte Teil aller Übertragungen von Tuberkulose auf Menschen durch Inhalation der von Tuberkulose-Tröpfchenform verstreuten Tuberkelbazillen zustande. (Lebhafter Beifall.)

Zu Beginn der Nachmittagssitzung ergriff Hofrat Chrobak das Wort, um die Kongreßmitglieder namens der Gesellschaft der Ärzte zu begrüßen.

Die am Vormittag begonnene Debatte über das Thema: „Die Infektionswege der Tuberkulose" wurde nunmehr fortgesetzt. Es sprachen zunächst Fuster, Paris, Professor Spronck, Utrecht und Dr. Flick, Philadelphia.

Professor B. Fraenkel, Berlin, sprach über

die Tuberkulose der oberen Luftwege

und stellte unter anderem folgende Leitsätze auf:

Unter den als Eczema introitus nasi bekannten, anscheinend leichten Krankheitsfällen werden einzelne durch lokale Reaktion nach probatorischer Tuberkulineinspritzung als tuberkulösen Ursprungs gekennzeichnet. Sie unterscheiden sich sowohl durch ihr Aussehen wie durch ihren Verlauf durchaus von Lupus. Sie werden entweder durch sogenannte Schmutzinfektion oder aërogen hervorgerufen.

Es gibt primäre Tuberkulose a) des Mundes, b) des Schlundes, c) des Kehlkopfes. In einem hierauf untersuchten Falle von primärer Tuberkulose des Mundes wurden im Reichsgesundheitsamt Bazillen des humanen Typhus festgestellt. Es war also die Infektion nicht alimentär. In einem Falle von primärer Larynxtuberkulose habe ich die Infektion eines syphilitischen Geschwürs der Stimmlippe mit Tuberkulose beobachtet. In diesem Falle war keine andere Möglichkeit der Übertragung als die Aspiration vorhanden.

Die allgemeine Prophylaxe gegen Tuberkulose muß sämtliche Möglichkeiten der Übertragung ins Auge fassen und zu beseitigen suchen. Sie darf deshalb die Übertragung der Tuberkulose durch die Produkte der Perlsucht der Rinder nicht außer Acht lassen. Die Betrachtung der Tuberkulose der oberen Luftwege gibt aber an keiner Stelle begründete Veranlassung, von dem Satze abzuweichen, daß die Hauptquelle der Infektion des Menschen mit Tuberkulose der an offener Tuberkulose leidende Mensch ist.

Zur Frage der Infektionswege der Tuberkulose hielt auch Geheimer Medizinalrat Professor Ort, Berlin, einen interessanten, mit lebhaftem Beifall aufgenommenen Vortrag. Er erwähnte unter anderem: Für die Prophylaxis der Tuberkulose des Menschen überhaupt und die der Lungentuberkulose im besonderen, also für die Gesundheitspflege, ist die Frage der Infektionswege der Lungentuberkulose von geringer Be-



deutung, da sowohl mit der Nahrung wie mit der Luft oder durch Kontakt in den Körper gelangte Bazillen Lungentuberkulose, sei es direkt, sei es indirekt, zu erzeugen vermögen. Verhütung der Lungentuberkulose heißt also nichts anderes als: Verstopfen all der Quellen, aus welchen für den Menschen virulente Tuberkelbazillen in den menschlichen Körper gelangen. Sollte es sich bestätigen, daß eine überstandene Infektion mit wenig virulenten oder avirulenten Bazillen eine Disposition für Lungenschwindsucht schaffen könnte, so würde auch das Hineingelangen in den Körper von wenig oder nicht virulenten Bazillen, sei es, daß sie künstlich an Virulenz verloren haben, auf jede Weise zu verhindern sein.

Kampf gegen die Tuberkulose des Menschen heißt also einerseits Kampf gegen die Tuberkulose des Rindviehes im allgemeinen; Kampf gegen Milch und Butter, welche von tuberkulösen Kühen stammen, im besonderen, anderseits Kampf gegen die Tuberkulose erkrankter Menschen im allgemeinen, gegen die bazillenhaltigen Auswurfstoffe tuberkulöser Menschen im besonderen.

Chefarzt Dr. Kuß (Angicourt) faßt die Ergebnisse seiner Experimente an Meerschweinchen in der Behauptung zusammen, daß die Ansteckung mit der Tuberkulose viel leichter durch die Luftwege als durch den Verdauungskanal geschehe.

Regierungsrat Weber, Berlin, berichtete über die vom dortigen kaiserlichen Gesundheitsamte vorgenommenen Untersuchungen.

Der Direktor des öffentlichen Sanitätswesens in Christiania, Malm, referierte über die Versuche, die er in Christiania angestellt hat, um die Infektiosität der verschiedenen Typen von Tuberkelbazillen (Kaltblüter-, Vogel-, Säugetier-Tuberkelbazillen) zu prüfen. Hochinteressant sind seine Experimente über die Lebensdauer der Bazillen. Es ergab sich, daß eingetrocknete Tuberkelbazillen im Tageslicht nach 32 Tagen noch virulent, nach 69 Tagen aber abgestorben waren, während sie in einem dunklen Schrank erst nach 154 Tagen abgestorben waren.

Es sprachen noch Ravenel, Philadelphia, und Professor Landouzy, Paris, worauf die Verhandlungen auf nächsten Tag vertagt wurden.

*

Ein Teil der Kongreßmitglieder unternahm nach Schluß der Sitzung eine Exkursion in das Männerheim der Kaiser Franz Josef-Stiftung für Volkswohnungen im XX. Bezirk.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

Die chirurgische Behandlung paralytischer Schlottergelenke. — Seidenligamente oder Arthrodese? Von Dr. Max Herz, z. Zt. Auckland (Neu-Seeland).

Auf dem zweiten Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie erwähnten die Herren Lange und Reiner ihre Versuche, mittels seidener Ligamente vollständig gelähmten Gelenken eine für den Gebrauch gute Stellung zu geben. Der Gedanke lag nahe, nachdem die Langesche seidene Sehne sich so gut bewährt hatte (Sehnengewebe wächst bleistiftdick um die Fäden), nunmehr ähnliche Gebilde zu erzeugen, die Apparate oder Gelenkverödung unnötig machen würden. Nur eine Befürchtung hatte H. von ähnlichen Versuchen abgehalten: die Besorgnis nämlich, es könnten sich bei steigendem Wachstum Kontrakturstellungen ausbilden, die einen Gebrauch der Gelenke schlechterdings ausschalten würden — die länger gewordenen Glieder könnten durch die Ligamente, denen ihre eingeschlossenen Seidenfäden ein Wachstum nicht gestatten, in eine Lage gebracht werden, die eine nützliche Arbeit zum mindesten beeinträchtigen, wenn nicht ausschließen würde. Ein liebenswürdiger Brief von Herrn Prof. Lange zerstreute diese Bedenken nicht ganz, aber doch so, daß ich mit ihm in einer möglichen Tenotomie der Ligamente einen gangbaren Ausweg sah. H. nahm dann die Versuche an einem großen Materiale auf und es bleibt ein merkwürdig Spiel, daß sie scheiterten, nicht an den vorgetragenen Bedenken, sondern an deren geraden Umkehrung.

Gewählt wurde eine Reihe total poliomyelitisch gelähmter Füße. Die Technik gestaltete sich sehr einfach; fast subkutan kann man die ganze Operation vornehmen. An der Grenze zwischen distalem und mittlerem Drittel des Unterschenkels wurden mit kleinen Bogenschnitten Tibia und Fibula freigelegt und von vorn nach hinten durchbohrt; eine halbgekrümmte Nadel ward durch jeden Bohrkanal geschoben. Es folgten zwei kleine Einschnitte auf die Mitte der Metatarsi I und V. Der Bohrer bahnte auch hier einen Kanal; von der Sohle her wurde auf die vordringende Bohrspitze eingeschnitten. Halb gekrümmte, lange Nadeln traten an die Stelle des Bohrers. Mit einer langen, womöglich leicht gekrümmten Zange eröffnete man sich dann, dicht auf dem Knochen bleibend, Kanäle, die die Fibulawunde mit der des Metatarsus V, den Schnitt auf der Tibia mit dem über dem Metatarsus I verbanden. Ein langer Seidenfaden (Turner, Nr. 12) wurde in die Nadel des Metatarsus V eingeführt und nach der Sohle durchgezogen; die Nadel wurde alsdann durch die gleiche Wunde zurückgebracht, folgte diesmal aber nicht dem Kanal, sondern ging dicht um die Außenseite des Knochen herum und verließ durch die obere Öffnung die Wunde; der Metatarsus hing jetzt in einer Schlinge. Eine durch den langen Kanal von oben her vorgeschobene Zange nahm nun die beiden Enden des Seidenfadens auf, zog sie durch den Kanal und brachte sie aus der Fibulawunde heraus; ein Ende wurde hier eingefädelt und durch den Knochenkanal gezogen. Ein gleiches Verfahren stellte auf der medialen Seite des Fußes eine Verbindung zwischen Metatarsus und Tibia her. Der Fuß wurde in Mittelstellung gebracht, eine feste Verknotung der Enden an Tibia und Fibula hielt sie aufrecht. Es folgten Hautnähte, aseptischer Verband und Gips. Der Wundverschluß erfolgte ausnahmslos per primam. In jedem Falle heilte die Seide ein und wurde auch nachher nicht ausgestoßen. Dies gute Resultat ist einzig Kochers vorzüglicher Sterilisationsmethode zu danken. Eine kleine Modifikation schien mir angebracht. Die Seide wird von vorneherein auf längere Glasstäbe gewickelt — nur 1—2 Lagen dick. Ein großer Tupfer hüllt sie ein, und so werden sie in einen flachen Emailletopf gelegt. 12 Stunden läßt man sie mit Äther bedeckt stehen, der dann abgegossen und durch absoluten Alkohol ersetzt wird; nach abermals 12 Stunden wird auch dieser entfernt und an seine Stelle tritt Solutio hydrarg. bichlor. (1 : 1000, ohne Säure und Farbe), darin das Ganze kurz vor der Operation $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde gekocht wird. Kurz vor Gebrauch erst wird der Tupfer, der die Seide auf den Stäben umhüllt, aufgeschlagen; seine Enden bedecken Ränder und Stil der Pfanne und entziehen sie einer Berührung. Die kleine Änderung der Anordnung hat den Vorteil, daß die Seide während des Sterilisationsvorganges von Händen nicht angefaßt wird. Wer ganz behutsam sein will, mag vor Einfädelung der Seide, die ohnedies erst im letzten Operationsstadium in den Körper gebracht wird, ein paar sterile Handschuhe anziehen. Diese Vorsichtsmaßregeln brachten es mit sich, daß eine Störung des Wundverlaufes nicht eintrat. Der Fuß blieb 8, 10 bis 12 Wochen im Gipsverbande — Umhergehen wurde in der dritten Woche erlaubt. Das Resultat am Ende der Verbandzeit war so gut, wie man es sich nur wünschen konnte. Der Fuß stand in gerader, rechtwinkeliger brauchbarer Stellung, in der ihn die bleistiftdicken Ligamente festhielten. Das blieb auch so — für die ersten 4—6 Wochen — aber dann verschwand das Erreichte allmählich. Der Spitzfuß kam wieder — aber was schlimmer war, der Varus, den man für immer beseitigt glaubte, drehte den Fuß wieder auf die laterale Kante. Der Patient, der auf flachem Fuße sich so sicher gefühlt hatte, begann zu schwanken, verlor den Halt am Boden, sein Gleichgewicht und hinkte wieder wie vordem — vielleicht nicht ganz so schlimm — immerhin bös genug, daß das Bewußtsein, der Besitz zweier langer Seidenfäden erhebe seinen Fuß

über den seiner Mitmenschen, ihn nicht im mindesten zu trösten vermochte. Woran aber lag es? Die Fäden waren sichtlich länger geworden. Wie aber das? Man ist gezwungen, die Fäden dicht am Skelett einzulegen, um Druckgangrän der Haut zu vermeiden — sie werden — sie müssen also, wo immer man sie auch befestigen mag, stets in einem Bogen verlaufen. Der Verband ist nun entfernt — die Last des Fußes beginnt an den Ligamenten zu zerren und zu ziehen — dadurch werden sie sich zu strecken suchen, aus ihrer Bogenlage in die Gerade übergehen — sie werden also relativ und indirekt zu lang — daneben aber wird auch direkt die best geflochtene Seide ausgezogen, dünner und länger. Um das alles nun zu umgehen — vermeiden ließ es sich ja nicht — gab ich dem Fuß Überkorrekturstellung, verknotete und fixierte den Equinovarus z. B. in Valga-Kalkaneus-Stellung — es half aber wenig — 6—8 Wochen gings gut — dann sang das alte Lied wieder traurige Töne. Vielleicht aber gab die Durchbohrung der Metatarsi nicht genügenden Anhalt — die Angriffsstelle war immerhin hier nur ein Punkt, vielleicht gelänge das Ganze, schüfe man eine breitere Basis — sicherlich gewänne man dann auch mehr Kontrolle und Einfluß über die unteren Gelenke der Pro- und Supination. Am besten wohl ists, man wählt die natürlichen Angriffspunkte, die der Sehnen, H. durchflocht also die Sehne des Tibialis anticus und die des Extensor digitorum communis und verknotete die Fädenenden fest in äußerster Spannung im Periost der Tibia, den Fuß in Überkorrektur bringend. Das Resultat war ein besseres. Wohl senkte auch die Fußspitze sich, wohl streckten also auch hier die Fäden sich aus, aber doch war die Spitzfußstellung beseitigt insoweit, daß sie das Gehen nicht mehr hinderte und der Fuß im gewöhnlichen Schuh eine rechtwinklige Stellung einhielt. Das mochte also genügen für die seltenen Fälle des reinen Equinus. Schlimm aber wars, daß die Kari sich durch keinerlei seidene Zügel im Zaume halten ließen. Man hätte ja nun daran denken können, die Peronei und den Tibialis posticus zu durchflechten, am Knochen aufzuhängen — aber die stets wiederholte Erfahrung von der immer eintretenden direkten und indirekten Verlängerung der Seidensehnen, riet und hielt H. davon ab. Was aber tun mit diesen ungebändigten unteren Gelenken? Arthrodese war die ultima ratio. Um die gleiche Zeit erschien im Riedingerschen Archiv für Orthopädie Nienys Arbeit über die Behandlung total gelähmter Gelenke. Er war gleich H. zu dem Schluß gedrängt worden, die Festlegung der unteren Gelenke sei das best angebrachte Verfahren und so ist's. Fast immer wird es sich bei völlig gelähmten Füßen um Pedes vari handeln, da die Schwere sie in die Klumpstellung bringt. Hier nun legt ein Schnitt im leichten Bogen über Kalkaneus und Articulatio calcaneo-cuboidea die schuldigen Gelenkflächen frei. Ein Knorpelmesser, kleiner Meißel oder scharfer Löffel trägt die Knorpelflächen ab, sowohl in der Articulatio talo-calcanea anterior als calcaneo-cuboidea. Den Fuß bringt man in korrigierte Stellung, etwaige Lücken kann man mit Mosetigs vorzüglicher Jodoformplombe ausgießen, die Position sichert man sich alsdann mittels zweier Silberklammern. Damit überbrückt man beide Gelenke; die eine geht vom Talus zum Kalkaneus, die andere von diesem zum Kuboideum. Man kann sie subperiostal einlegen und die Knochenhaut mit Silberdraht oder Seide nähen oder preßt sie durch das Periost: auf das Resultat hat das keinen Einfluß. Auf dem Fußrücken durchflicht man — bequem von einer Wunde in der Mitte des Dorsum aus — den Tibialis anticus und extensor digitorum mit Seide und befestigt sie periostal. Hautnähte schließen die Wunde, aseptischer und Gipsverband beenden die Operation. Der Fuß bleibt 10—12 Wochen in Gips. Alsdann ist die Arthrodese eingetreten. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 51, 1906.)

*

Die Erfolge der Opium-Brom-Kur bei der Epilepsie. Von Dr. Kellner, Oberarzt.

Die Fortschritte, die auf dem Gebiete der epileptischen Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten in therapeutischer Beziehung gemacht worden sind, sind gering, und abgesehen von den wenigen Fällen, in denen eine operative Behandlung vermittels Exzision von Narben, Entfernung von Knochensplittern usw. von Nutzen ist, tritt bei den weitaus meisten Fällen von Epilepsie eine schablonenhafte Bromtherapie ein, in der Regel mit viel zu kleinen Dosen. In wie viel Fällen muß der Epileptische sich mit dem Rat begnügen, sich mit seinem Leiden abzufinden! Und doch sollte dieser Rat, der oft schon nach einer kurzen erfolglosen Bromtherapie erteilt wird, nur in solchen Fällen gegeben werden, in denen jede, auch die eingreifendste Therapie ohne Erfolg angewandt ist, denn die Epilepsie schließt, wie kein anderes Leiden, schon in ihrer mildesten Form die Befallenen von der menschlichen Gesellschaft aus und ein Epileptischer, der vielleicht nur vier bis sechs Krampfanfälle im Laufe eines Jahres bekommt, ist dadurch in seinem Erwerbs- wie Gesellschaftsleben aufs schwerste geschädigt.

Als eine sehr erklärliche Folge solcher Verhältnisse ist daher die Erscheinung anzusehen, daß auf dem Gebiete der Epilepsie, das von altersher ein Tummelplatz für das Treiben der Kurpfuscher und Quacksalber gewesen ist, solche Heilkünstler noch heutzutage eine gewaltige Rolle spielen und es ist nicht übertrieben, wenn man annimmt, daß die Hälfte aller Epileptiker noch heute mit Quacksalbereien und Patentmedizinen behandelt wird.

Der Epileptische greift um so lieber zu diesen Patentmedizinen, als denselben eine gewisse bessernde Wirkung nicht abzusprechen ist, die daraus erklärlich ist, daß der Hauptbestandteil dieser Arzneien das Brom ist, das mit vollem Recht die erste Rolle unter den Heilmitteln der Epilepsie zuerteilt ist. Fast jeder Epileptische wird bei regelmäßigem Gebrauch von Brom, wenn er nicht allzu kleine Dosen nimmt, nach kurzer Zeit eine wesentliche Verminderung der Häufigkeit und Heftigkeit seiner Anfälle konstatieren können und natürlich daraus die Hoffnung für die Zukunft schöpfen, daß die Krampfanfälle bei fortgesetztem Bromgebrauch progressiv immer seltener werden und schließlich ganz aufhören. Diese Hoffnung erfüllt sich jedoch nicht, die Häufigkeit der Anfälle wird, wenn sie auf ein gewisses Maß reduziert ist, nicht weiter zurückgehen, denn so sicher die Wirkung des Broms ist, so beschränkt ist sie auch.

Die Opium-Brom-Badekur wird von K. seit 10 Jahren in folgender Weise angewandt. Der Kranke bekommt während 50 Tagen täglich eine dreimalige Dosis Extractum Opii, die, beginnend mit dreimal täglich 0·05 an jedem zweiten Tage um 0·01 steigt, so daß am 50. Tage die höchste Dosis von 0·29, dreimal täglich erreicht ist. Die darauffolgende Dosis von 0·3 wird am 51. Tage morgens einmal gegeben und damit ist die Opiumbehandlung zu Ende und es erfolgt unmittelbar im Anschluß daran die Brombehandlung in folgender Weise: Am Mittag und Abend des 51. Tages wird eine Dosis von je 2 *g* einer Brommischung, in der auf je 1 *g* Bromkalium und Bromnatrium $^1/_2$ *g* Bromammonium kommt, gegeben. Am 52. und 53. Tage werden von dieser Brommischung je 6, am 54. und 55. Tage je 7 und am 56. und 57. Tage je 8 *g* gegeben. Vom 58. Tage an gibt K. täglich 9·0 Brom und fährt damit lange Zeit fort. Das Brom läßt K. stets in einem Glase frischen Selterswassers nehmen.

Während der Opiumkur bekommt der Kranke täglich dreimal einen Eßlöffel einer 1%igen Salzsäurelösung und nach Bedarf Karlsbader Salze, doch ist es bemerkenswert, daß dies letztere selten nötig ist, da selbst nach den großen Opiumdosen keine Verstopfung einzutreten pflegt. Je nach dem Verhalten des Magens und des Appetites hat K. statt der Salzsäure Bismut gegeben. Natürlich muß die Diät während der Kur eine leichte und gewürzfreie sein mit vorwiegend vegetabilischer Nahrung. Der Kranke muß sich außerdem viel in freier Luft bewegen und hat K. stets darauf bestanden, daß während der 50tägigen Opiumkur der Kranke seinen Beruf, Schulbesuch usw. aufgibt und von jeder Verpflichtung zu irgend einer Arbeit frei ist. Ein dritter Faktor bei der Kur sind die Bäder, die während der 50tägigen Opiumkur täglich



gegeben werden nach folgendem Schema. Am 1. Tage ein Bad von 24° C. und 10 Minuten Dauer, am 2. Tage ein solches von 23° und 9 Minuten, dann am 3. Tage von 22° und 8 Minuten. So kommt man am 8. Tage zu einem Bade von 17° und 3 Minuten und bleibt bei einem solchen bis zum 15. Tage, dann wird vom 16. bis 23. Tage täglich ein Bad von 17° und 4 Minuten, vom 24. bis 31. Tage ein solches von 17° und 5 Minuten und vom 32. bis 50. Tage täglich ein Bad von 17° und 6 Minuten gegeben.

Diese Kur ist von K. bis jetzt bei 86 Epileptikern angewandt, die sich zu einem Drittel aus Privatpatienten und zu zwei Dritteln aus Zöglingen der Hamburger Idiotenanstalt Alsterdorf, in der 300—400 Epileptiker untergebracht sind, zusammensetzen. Was die Auswahl der zur Vornahme der Opium-Brom-Kur geeigneten Fälle von Epilepsie betrifft, so ist dieselbe einfach. Abgesehen von der Rücksicht, die man bei dieser, wie bei jeder anderen Kur, bei der größere Mengen starkwirkender Arzneimittel gegeben werden, auf die körperliche Konstitution des Kranken zu nehmen hat, und die sehr schwache Personen davon ausschließt, entscheidet einzig der Geisteszustand des zu behandelnden Epileptikers. Es liegt ja auf der Hand, daß die Vornahme der ziemlich umständlichen Kur bei einem Epileptiker, dessen Geisteskräfte durch die Krämpfe gänzlich oder in hohem Grade zerstört sind, keinen Sinn hat, denn selbstverständlich sind verloren gegangene Geisteskräfte durch keine Kur zurückzugewinnen. K hat sich also auf die Fälle beschränkt, bei denen noch ein Rest von Geisteskräften, den zu erhalten es sich der Mühe lohnt, vorhanden war und dann vor allem auf die geistig normalen oder doch nahezu normalen Epileptiker, deren Zahl ja eine recht große ist. Selbst in den Anstalten, die ja von vielen Epileptikern erst nach eingetretener Verblödung aufgesucht werden, fehlt es nie an Fällen, bei denen jeder Versuch, den Krämpfen und damit dem Fortschreiten des geistigen Verfalles einen Damm entgegenzusetzen, geboten erscheint.

Selbstverständlich ist die vorhin angeführte Opiumdosis, die, mit 0·05 beginnend bis zu 0·3 hinaufgeht, nur für einen erwachsenen, sonst gesunden Menschen berechnet und muß sich die verabreichte Opiummenge nach dem Alter des Kranken richten.

Die erzielten Resultate sind folgende: Der Kur unterzogen sich 85 Epileptiker, von denen 5 zurzeit noch in Behandlung sind, zur Statistik also noch nicht herangezogen werden können.

Von den übrigen 80 Patienten mußte die Kur unterbrochen werden, weil das Opium nicht vertragen wurde, bei 16 Kranken = 20%. Ohne jeden Erfolg blieb die Kur bei 6 Kranken = 7·5%.

Eine Verminderung der Häufigkeit und Heftigkeit der Krampfanfälle, wie sie aber auch nach einfacher Brombehandlung einzutreten pflegt, zeigte sich bei 23 = 29%.

Eine wesentliche Besserung, in der Art, daß die Krampfanfälle nur in Pausen von vielen Monaten auftraten, oder, daß statt der Krampfanfälle nur noch epileptische Schwindelanfälle auftraten, trat ein bei 13 Kranken = 16%. In 22 Fällen, also in 27·5%, sind die Kranken seit der Kur von Krampfanfällen frei geblieben. Unter diesen 22 Fällen ist nur ein einziger, bei dem erst ein Zeitraum von nur 8 Monaten seit der Kur und dem letzten Anfall verstrichen ist, bei den übrigen 21 Fällen sind Zeiträume von 2 bis zu 6 Jahren seit dem letzten Krampfanfall verflossen. Allerdings haben mehrere Epileptiker, nachdem sie jahrelang von Krämpfen frei geblieben waren, die Anstalt verlassen und sich dann der Beobachtung entzogen, aber unter diesen ist keiner, dessen krampffreie Periode seit der Kur bis zum Verlassen der Anstalt nicht mindestens 5 Jahre betrug. Wie wichtig übrigens für das Gelingen der Kur das Verhalten des Kranken nicht nur während der Opium-Badekur, sondern auch während der Zeit nach derselben ist, geht aus folgendem hervor:

Die Gruppe der 22 am meisten gebesserten setzt sich ausschließlich aus solchen Kranken zusammen, die als Pfleglinge der Alsterdorfer Anstalten, sowohl während der Kur als auch jahrelang nach derselben unter steter ärztlicher Aufsicht standen, und durch das Anstaltsleben vor jeder Unregelmäßigkeit der Lebensweise, vor jeder Ausschreitung vollkommen geschützt waren. Wohl hat K. unter seinen Privatpatienten, die durchweg der wohlhabenden Klasse angehörten, eine ganze Reihe Besserungen erzielt, bis zu dem Grade, daß statt der Krämpfe nur noch ganz vereinzelte Schwindelanfälle auftreten, die, nur dem Kranken selbst bemerkbar, niemals zum Hinfallen oder zur Bewußtlosigkeit führen, aber da diese Schwindelanfälle doch unzweifelhaft epileptischer Natur sind, so bleibt bei ihnen doch stets die den Kranken peinigende Angst bestehen, daß sich diese Schwindelanfälle wieder zu Krämpfen steigern. Immerhin sind mehrere Kranke dieser Gruppe infolge solcher Besserung imstande gewesen, zu ihrem Berufe zurückzukehren resp. einen Beruf zu ergreifen, worauf sie wegen der vor der Kur auftretenden häufigen Krampfanfälle schon verzichtet hatten.

Was die Schwere der von K. in Behandlung genommenen Fälle betrifft, so fanden sich die leichtesten unter seinen Privatpatienten und die schwersten unter den Pfleglingen der Alsterdorfer Anstalten, also gerade in der Gruppe, in der die größten Besserungen erzielt sind. Es liegt ja auf der Hand, daß ganz leichte Fälle von Epilepsie einer Anstalt nicht übergeben werden, da dies in der Regel erst geschieht, nachdem man im Hause alle möglichen Mittel vergebens versucht hat. Auch bemerkt K. noch, daß bei sämtlichen von ihm mit der Opium-Brom-Kur Behandelten die Diagnose der echten genuinen Epilepsie ärztlich festgestellt war, es war kein Fall von Jacksonscher oder von Hysteroepilepsie darunter. Der Erfolg oder Mißerfolg der Opium-Brom-Kur hängt nach seiner Erfahrung von Ursachen ab, die wir nicht kennen. Die Schwere der Erkrankung, die Dauer, während welcher sie schon besteht, das Auftreten oder Ausbleiben einer Aura oder eines postepileptischen Stadiums, sowie das Vorhandensein oder Fehlen einer erblichen Veranlagung gibt nach seiner Beobachtung keinen Anhalt, auf den hin wir in dem einen Fall mehr auf einen Erfolg hoffen können, wie in dem anderen. Von durchaus schlechter Prognose hat K. die Fälle der in höherem Lebensalter auftretenden Epilepsie gefunden. Die Kranken der ersten Gruppe, bei denen die Krämpfe nach der Kur bis jetzt weggeblieben sind, waren sämtlich zwischen dem 15. und 30. Lebensjahre.

Daß Epileptiker auch nach jahrelangem Pausieren ihrer Krampfanfälle freiwillig in der Anstalt verbleiben, wenn sie nicht durch äußere Verhältnisse gezwungen sind, sich ihr Brod selbst zu erwerben, hat K. öfter gefunden, und sieht als Grund dafür die schon oben erwähnte Zaghaftigkeit und Scheu vor menschlichem Verkehr an, die, eine Folge ihrer früheren Krampfanfälle, sie auch dann nicht verläßt, wenn die Ursache selbst gehoben ist. (Münch. med. Wochenschrift 1906, Nr. 48.)

*

Über das Verhalten der Agglutinine im passiv immunisierten Organismus. Von Dr. E. Pribram.

Nachdem Dehne und Hamburger nachgewiesen hatten, daß ein durch entsprechende Vorbehandlung eines Tieres gewonnenes Serum, welches Pferdeserum präzipitiert (Präzipitin) auf ein antitoxisches Pferdeserum unter bestimmten Bedingungen derart wirkt, daß dabei die antitoxische Fähigkeit desselben aufgehoben wird, konnten auch Kraus und P. zeigen, daß dasselbe für andere Antitoxine und auch für andere Immunkörper (Agglutinin) der Fall sei. Die Versuche von Dehne und Hamburger waren zum Teil in vivo, zum Teil in vitro angestellt. Wir beschränken uns auf Reagensglasversuche, da diese für die eindeutige Lösung der von uns aufgeworfenen Frage völlig genügten. In jüngster Zeit hat nun Manteufel die von uns mit agglutinierendem Serum angestellten Versuche wieder aufgenommen und bestätigt; kam aber bei Versuchen im Tierkörper zu ganz anderen Ergebnissen als bei den Versuchen in vitro und zog daraus den Schluß, daß das Verschwinden der Agglutinine durch den Vorgang der Ausflockung bedingt



wurde. Kraus und P. haben schon in der zitierten Arbeit durch eine Reihe von Versuchen nachgewiesen, daß der Vorgang der Ausflockung nicht die Ursache des Agglutininverlustes sein könne, und daß wir eine ähnliche Beziehung zwischen präzipitabler Substanz des Serums und Agglutinin annehmen müssen, wie sie für erstere und Antitoxin durch die Versuche im Tierkörper nachgewiesen ist. P. will zunächst zeigen, warum Manteufels Tierversuche ganz anders ausfallen mußten als die Reagenzglasversuche, und dann unsere Experimente kurz in Erinnerung zurückrufen, welche gegen die Auffassung des Vorganges als Ausflockungserscheinung sprechen.

In einem weiteren Abschnitte seiner Arbeit teilt Manteufel mit, es sei ihm nicht gelungen, durch Einwirkung erhitzten präzipitierenden Serums („Präzipitoid“) Agglutinationsverluste zu erzielen. Gegen seine Versuche muß zunächst eingewendet werden, daß er die Erhitzung auf 69° etwa drei Stunden lang fortsetzte, während wir mit größter Vorsicht genau 65° einhielten und eine Stunde lang erhitzten. Doch kann der Unterschied unserer Befunde auch auf der Verschiedenheit der Tierspezies, von der das Serum gewonnen wurde, beruhen (M. benützte Hammelserum.) Wie dem auch sei, wäre Manteufel auch dann noch nicht berechtigt, den Vorgang der Ausflockung für die Agglutininverluste verantwortlich zu machen, wenn diese seine Beobachtung zu Recht bestünde, da wir eine große Zahl von ganz verschiedenen Untersuchungen angestellt haben, die eindeutig klar dartun, daß die Agglutinationsverluste nicht an die Niederschlagsbildung geknüpft sind:

1. Die Agglutininverluste bleiben dieselben, ob der Niederschlag groß oder klein ist.

2. Einzelne Sera erleiden durch gewisse Präzipitine keine Agglutininverluste, trotzdem ebensogroße Präzipitate entstehen, wie bei denen, welche Verluste erleiden. Diese Tatsache beobachtet auch Manteufel, vergißt aber die Konsequenz daraus zu ziehen.

3. Wie erklärt der genannte Autor die ad hoc konstatierte Erscheinung, daß andersartige, im gleichen Gemenge erzeugte Niederschläge, kein Agglutinin mitreißen? (Eiklarpräzipitin und Eiklarserum, Pferdepräzipitin und Pferdeserum). Wie erklärt er

4. die Tatsache, daß bei Lösung des Niederschlages in überschüssigem Pferdeserum (bei 55°) dieselbe ihren gesamten Agglutiningehalt wiedergewinnt, während der Verlust bei einfacher Aufschwemmung bestehen bleibt?

Es sprechen also weder die Tierversuche noch auch die Versuche mit erhitztem Serum gegen die von Hamburger und Dehne und P. behaupteten innigen Beziehungen zwischen Präzipitinogen des Serums und der Immunkörper (Antitoxin, Agglutinin). (Münchener med. Wochenschr. Nr. 51, 1906.)

*

Die Höhenausdehnung der Spinalanalgesie. Von Dr. Dönitz, Assistent.

Die Betrachtung derjenigen Momente, von denen die Höhenausdehnung der Lumbalanästhesie abhängt, ist von großem theoretischen und praktischen Interesse; sie verschafft uns Aufschluß über die Vorgänge und den Mechanismus bei dem Zustandekommen der Anästhesien, und sie gibt uns hiedurch die Mittel in die Hand, einmal die Schmerzlähmung als solche zu vervollkommnen, und ferner immer höhere Körpergebiete der Anästhesierung auf spinalem Wege zugänglich zu machen.

Es gibt Anästhesien, die in der Steißgegend eine nur handtellergroße Fläche einnehmen, und man beobachtet andererseits totale Anästhesien mit Einschluß des Kopfes. Dazwischen kommen alle Übergänge vor. Was ist die Ursache dieser Verschiedenheiten? Wenn man die Hohlnadel zu weit vorschiebt und die anästhesierende Lösung mitten in das Bündel der Kauda einspritzt, so wird letztere hier häufig festgehalten und eine lokal beschränkte Anästhesie ist die Folge. Vorbedingung für das sichere Eintreten hoher Anästhesien ist, daß man die Injektion in den Liquorraum an der Hinterseite der Kauda macht. Aber auch bei technisch richtig ausgeführter Punktion sind eine Anzahl von Faktoren von Einfluß auf die Höhenausdehnung der Anästhesie.

Es sind dies: 1. die Lageänderung, 2. die Blutdruckverhältnisse im Schädelinnern und 3. die Menge des Lösungsmittels für das Anästhetikum. Der Vollständigkeit wegen sei erwähnt, daß größere Dosen des Anästhetikums natürlich auch höhere Anästhesien machen, und daß die absolute Menge des vorhandenen Liquor von Einfluß sein muß. Die Kenntnis der ursächlichen Momente ist damit erschöpft.

Die Lagerung des Kranken nach der Einspritzung ist von größtem Einfluß. Der Übersichtlichkeit wegen sollen nur 3 Fälle betrachtet werden:

1. Injektion im Liegen, darauf bleibt der Kranke liegen,
2. Injektion im Sitzen, darauf horizontale Lagerung,
3. Injektion im Sitzen, darauf starke Beckenhochlagerung.

Im ersten Fall bekommt man die niedrigste, im zweiten höhere und im dritten die höchste Ausdehnung der Anästhesien zu sehen. Die Ursache der Verschiedenheit ist sehr einfach. Vertauscht man die liegende Stellung durch die sitzende, so läuft Liquor cerebrospinalis aus der Schädelhöhle in den Spinalkanal hinein. Legt man sich hin, so läuft er wieder in die Schädelhöhle zurück. Eine noch größere Menge Liquor fließt kopfwärts, wenn nachher die Trendlenburgsche Lage eingenommen wird. Indem der Liquor nun das eingespritzte Anästhetikum mit sich nimmt, kommt die verschiedene Höhenausdehnung der Anästhesie bei den verschiedenen Arten der Lagerung zustande. Es handelt sich also nicht um Schwerewirkung der anästhesierenden Lösung, auch nicht um hypothetische Strömungen und — in der Hauptsache — nicht um Diffusion, sondern um Verschiebung der Gleichgewichtslage des Liquor, die im Augenblicke des Lagewechsels eintritt. Die Lage des Kranken ist dabei ohne Einfluß; das ursächliche Moment ist der Lagewechsel. In dem ersten Falle, wo nach Injektion im Liegen der Kranke in seiner Lage bleibt, findet überhaupt kein Lagewechsel und daher auch keine Verschiebung des Liquor statt, und man erhält die niedrigsten Anästhesien, die sich fast ausnahmslos unterhalb des Leistenbandes halten. Oft ist die Extremität sogar nur teilweise anästhetisch, ja man bekommt zuweilen auch ganz kleine Zonen am Damm, Reithosenanästhesien zu sehen.

Nach Injektion im Sitzen und horizontaler Lagerung des Kranken steigt die Anästhesie fast stets über das Leistenband. In vielen Fällen genügt sie sogar für die Operation der Leistenhernien. Meistens allerdings ist sie hiefür nicht ausreichend. Im dritten Falle nun, wenn nach Injektion im Sitzen starke Trendlenburgsche Lage eingenommen wird, kann man Herniotomien stets ausführen. Von der Nabelgegend aufwärts wird die Anästhesie bereits sehr unsicher. Unsere gewöhnliche Dosis von 0·04 Stovain oder 0·05 Tropakokain, gelöst in 1 *cm*³ Wasser, ist dabei vorausgesetzt.

Sehr interessante und für das Verhältnis wichtige Beobachtungen konnten wir an Herzkranken mit venöser Stauung machen. Einer von ihnen war mit einem schweren angeborenen Herzfehler behaftet. Zum Zwecke der Kastration wurde ihm 0·04 Stovain injiziert und der Kranke darauf maximal hochgelagert. Er wurde dabei vollständig blau im Gesicht, so blau, wie man es eben nur bei angeborenen Herzfehlern beobachtet. Gegen alle sonstige Erfahrung reichte die Anästhesie, trotz technisch richtiger Punktion, nur bis zum Leistenbande, so daß zur Ausführung der Operation Allgemeinnarkose zu Hilfe genommen werden mußte. Ein anderer Patient, ein Kollege, litt an einer Bradykardie ohne nachweisbare Insuffizienz. Injektion in derselben Weise. Trotz maximaler Hochlagerung, bei der der Kranke gleichfalls blau wurde, reichte die Anästhesie nur wenig über das Leistenband. Der Hautschnitt für die Appenditektomie war so schmerzhaft, daß allgemeine Narkose angewendet werden mußte. In einem dritten Falle sollten einem älteren Herrn karzinöse Leistendrüsen ausgeräumt werden. Von der bisherigen Technik wurde nur insofern abgewichen, als zur Lösung das Stovain



mit 5 *cm*³ Liquor verdünnt wurde. Obwohl hiedurch die Höhenausdehnung der Anästhesie sonst nur noch vergrößert wird, reichte die Anästhesie kaum bis an das Leistenband, daher Ätherrausch. Der Patient litt an einer ausgesprochenen Mitralinsuffizienz, und diese Beobachtung ist besonders beweisend, weil D. auf Grund der bisherigen Erfahrungen schon vorher die Möglichkeit eines Mißerfolges betont hatte. Auch bei Herzgesunden scheint eine abnorme Füllung der Schädelvenen bei der Tieflagerung die Höhenausbreitung der Anästhesie zu beschränken und vielleicht kann die sichtbare Blaufärbung des Gesichtes bei der Beckenhochlagerung als Maßstab der Venenerweiterung im Schädelinnern betrachtet werden. Sollte sich dieser Zusammenhang bestätigen, so könnte man die Kranken als ungeeignet für hohe Anästhesien ausschalten, die bei einer versuchsweisen Beckenhochlagerung abnorm blau werden.

Das Gemeinsame der beiden besprochenen Gruppen von Faktoren, der Lageveränderung und der Blutdruckverhältnisse, besteht darin, daß sie beide auf die Liquorbewegung Einfluß haben und dadurch die Höhenausdehnung der spinalen Anästhesie zu beeinflussen vermögen. Schließlich sei noch das Verhalten diluierter Lösungen besprochen. Auf dem Chirurgenkongreß 1901 teilte Bier unter anderem mit, daß er in einigen Fällen Operationen an den Armen habe ausführen können, indem er das Kokain in 10 *cm*³ Wasser gelöst schnell injizierte. Die Nacherscheinungen aber waren derart heftig, daß weitere Versuche unterblieben. Auch Kader berichtete auf dem diesjährigen Chirurgenkongreß, daß er Strumen und Kehlkopfoperationen unter Lumbalanästhesie ausführe. Er injizierte 5—6 *cm*³ einer 2%igen Tropakokainlösung, nachdem er die gleiche Menge Liquor hat ablaufen lassen, und lagert darauf hoch. Sehr hochgehende und totale Anästhesien beobachtet man auch ferner rein zufällig, ohne daß man bisher im einzelnen wußte, was die Ursache ist. D. hat schon in Nr. 28 dieser Zeitschrift kurz mitgeteilt, daß wir zur Erzielung höchster Anästhesien das Tropakokain in größeren Liquormengen lösen. Zur Verwendung kamen 1—10 *cm*³. Von den zahlreich variierten Versuchen sollen der Übersichtlichkeit wegen nur die Grenzfälle besprochen werden, das heißt die Fälle, in denen 10 *cm*³ injiziert wurden. Um vergleichbare Angaben zu gewinnen, sollen sie auch hier wieder in drei Gruppen betrachtet werden, entsprechend den drei bereits oben besprochenen Lagerungsverhältnissen: 1. Bei Injektion im Liegen, 2. bei Injektion im Sitzen mit darauffolgender horizontaler Lagerung, und 3. mit anschließender Beckenhochlagerung.

Bei der Injektion im Liegen hat man den reinen Einfluß der größeren Liquormengen vor sich. Die Anästhesien reichen stets über das Leistenband hinweg, wenn auch meist nur wenig, während ohne die Verdünnung mit 10 *cm*³ Liquor die Anästhesie sich fast stets unterhalb des Leistenbandes hielt.

(Schluß folgt.)

III. Aus der Praxis.

Über Visvit. Von Dr. Otto Willke, Braunschweig.

Die leichte Assimilierbarkeit, der hohe nutritive Wert und der Wohlgeschmack unseres modernsten Nährpräparates wurden mit prägnanter Deutlichkeit an zwei Patienten mit erheblichen Affektionen des Magens erwiesen. Sie seien aus einer größeren Beobachtungsreihe herausgegriffen:

Der erste betraf eine Atonie bei Enteroptose, die eine schwere Anämie zur Folge hatte. Bei der stark herabgesetzten Leistungsfähigkeit des Magens wurde nur flüssige Kost vertragen. Während nun im allgemeinen bei diesem Regime eine Hebung des Kräftezustandes nur äußerst schwer zu erreichen ist, stieg hier unter Darreichung von 3mal täglich 2 Teelöffel Visvit das Körpergewicht erheblich an und ebenso ging die Zahl der Blutkörperchen von 2,600.000 auf 5 Millionen herauf.

Der zweite Fall war ein typisches Ulcus ventriculi mit Bluterbrechen und enormer Druckempfindlichkeit des Pylorus. Feste Nahrung wurde selbstverständlich während der ersten Wochen vollkommen vermieden. Die ersten 10 Tage wurde ausschließlich Milch, $1^1/_2$ Liter pro Tag gereicht, deren Nährwert durch den ziemlich erheblichen Zusatz von 3 Teelöffel Visvit zu je $^1/_4$ Liter Milch ganz kolossal gesteigert wurde. Diese Visvitmilch wurde während der ganzen Behandlungsdauer ausgezeichnet vertragen und wegen ihres angenehmen Geschmackes gern genommen; ihrem hohen Eiweißgehalt war es zuzuschreiben, daß es gelang, einem Kräfteverfall des schwerkranken Patienten vorzubeugen und sein Stickstoffgleichgewicht zu erhalten (Visvit wird im Chemischen Institut Dr. Horowitz, Berlin, dargestellt).

W. charakterisiert Visvit als ein hervorragendes Nährpräparat, dessen Hauptleistungen darin bestehen, daß es das Körpergewicht vermehrt, den Hämoglobingehalt des Blutes steigert, vor Kräfteverfall im Fieber schützt, das Knochenwachstum fördert und die Nerven tonisiert. Wegen der Abwesenheit der Extraktivstoffe kann Visvit mit Vorteil auch bei Gichtkranken, Nierenkranken und Zuckerkranken gegeben werden. Der Gehalt von Kohlehydraten würde nur in den seltenen Fällen störend sein, in denen eine radikale Entziehung der Kohlehydrate erstrebt wird. Dieses wird ja aber stets nur ganz vorübergehend gewünscht. Abgesehen von diesen Ausnahmefällen macht die Reizlosigkeit, das Freisein von Extraktivstoffen das Präparat für den stets von der Nephritis bedrohten Diabetiker besonders geeignet.

IV. Notizen.

Poliklinik. An der Wiener allgem. Poliklinik wurde als Vorstand der durch den Rücktritt des Dozenten Dr. Grünfeld frei gewordenen Abteilung für Syphilis in der Sitzung vom 10. d. M. Privatdozent Dr. G. Nobl, hingegen als Vorstand der Ohrenabteilung, deren bisheriger Chef Prof. Urbantschitsch, Hofrat Politzers Nachfolger wurde, in derselben Sitzung Privatdozent Dr. Alexander gewählt. Beide Wahlen kann man als glückliche bezeichnen und sie werden sicherlich der Poliklinik zum Heile gereichen.

Marburg. Der Privatdozent für Chirurgie und Assistenzarzt an der chirurgischen Klinik der Universität Greifswald Doktor R. Haecker folgt einer Berufung nach Marburg.

Düsseldorf. An Stelle des Professors Sellheim, der nach Tübingen geht, sind für die Professur für Gynäkologie und Geburtshilfe vorgeschlagen: Primo loco Prof. Opitz (Marburg), secundo loco Prof. Schröder (Dortmund) und Prof. Kermauner (Heidelberg), tertio loco Privatdozent Dr. Pankow (Freiburg i. B.)

Leipzig. Dem bisherigen Privatdozenten und Prosektor an der pathologischen Universitätsanstalt Dr. med. Wilhelm Riesel, der als Nachfolger des Professors Dr. Lubarsch, jetzt in Düsseldorf, zum Leiter des bakteriologisch-pathologischen Instituts am kgl. Kreiskrankenstift zu Zwickau ernannt worden ist, ist der Professortitel verliehen worden.

Freiburg. Der erst seit kurzem in Erlangen wirkende Professor der inneren Medizin Dr. Oscar de la Camp hat einen Ruf als Nachfolger des nach Göttingen gehenden Prof. Dr. Karl Hirsch erhalten und angenommen.

Stiftungen für Ärzte. Aus dem Erträgnis der Dr. Wilhelm Eckhart-Stiftung kommt im Jahre 1907 eine dauernde Unterstützung an ein durch Erblindung oder andere schwere und unheilbare Gebrechen oder hohes Alter erwerbsunfähig gewordenes und überdies besonders berücksichtigungswürdiges und dabei wahrhaft hilfsbedürftiges Mitglied des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums zur Verleihung. — Aus der Dr. Anton Bisenzschen medizinischen Fakultätsstiftung sind die aufgelaufenen Interessen per 168 Kronen zu gleichen Teilen an zwei österreichische unbemittelte israelitische Doktoranden der Medizin an der Wiener Universität zu verleihen. Zum Genuß dieser Stiftung sind vor allem Anverwandte der Familie Bisenz und Grünholz, sie mögen wo immer gebürtig sein, berufen. Von den Nichtverwandten haben die in Nikolsburg, dann die in Mähren überhaupt geborenen Kompetenten den Vorzug vor jenen, welche in anderen Kronländern gebürtig sind. Auskünfte über beide Stiftungen beim Wiener medizinischen Doktorenkollegium. I., Rotenturmstraße 19.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 43. Wien, 26. Oktober 1907. **Nr. 43.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13212) zu senden.

Ein Beitrag zur Behandlung der Lungenentzündung.

Von Dr. **Max Meyer**, Bernstadt.

(Schluß.)

Vorerst wird es darauf ankommen, alle diese Verhältnisse genauer zu studieren; man wird sicher auf bestimmte Normen hinsichtlich der einzelnen Organe sowie des Gesamtkörpers hinkommen.

In therapeutischer Hinsicht muß das Bestreben dahin gehen, die gebildeten Darmgifte tunlich rasch unwirksam zu machen. Am besten und schnellsten dürfte dies zu bewirken sein durch ihre rasche Entfernung aus dem Darm. Hiezu sind aber, wie ich auch anderen Orts[12]) ausgeführt habe, nicht alle Abführpräparate am Platze, da trotz einsetzender Vermehrung der Peristaltik in gewissen Fällen tonischer Residualdarminhalt zurückbleibt. Wir erreichen eine schnelle Säuberung des Darms von dem zeitweise toxisch veränderten oder verwesten Inhalt am sichersten, ausgiebigsten und unschädlichsten durch die eingangs und auch anderen Orts[13]) ausführlicher beschriebene Darreichung von Mittelsalzlösungen, welche bei ihrem raschen Durchkreisen durch den Magendarmkanal bereits vom Magen an auswaschend und reinigend wirken.

Auf einer Unwirksammachung von Darmgiften, speziell solcher für das Lungengewebe, aber ohne Auswaschung, scheinen die bislang gebräuchlichen Spezifika für die Erkrankungen der Lunge (Kreosot, Kreosotal, Duotal usw.) zu basieren.

Bei der Füglichkeit indes, auf ausgiebigere, bequemere, billigere und unschädlichere Weise den Giften beizukommen, erscheint ihre alleinige Anwendung auf die Dauer umsoweniger angebracht, als es mehr und mehr fraglich erscheinen muß, ob es den bisher angewandten oder anwendbaren kleinen Dosen gelingen dürfte, die Toxine zu neutralisieren, ganz abgesehen davon, daß die vorgeschlagenen größeren Dosen an dem Widerstande der Patienten scheitern.

[12]) Die Blinddarmentzündung. München 1906. Die Gesundheitsstörungen vom Darm aus. Ebenda, Wiener med. Wochenschrift, 15. Dezember 1906.
[13]) Cf. die Gesundheitsstörungen vom Darm aus. S. 36 u. fg.

Nach dem Gesagten erscheint es der ernstesten Beachtung wert, in geeigneten Krankheitsfällen, besonders bei drohender Erkrankung des Lungengewebes, vorerst eine ausgiebige Elimination der Darmgifte durch eine regelrechte und fortgesetzte Darmauswaschung mit Mittelsalzlösungen zu bewirken.

Ich möchte die vorstehenden Ausführungen nochmals zusammenfassen in folgenden Hauptpunkten, die ich bereits auch anderen Orts[14]) veröffentlicht hatte:

1. Jede Verlangsamung der Passage vermag die Darmingesta (namentlich bei der Einwirkung der Brutwärme im Körperinnern) zur Zersetzung zu bringen.

2. Den Zersetzungsvorgängen günstig ist außer dem Beharren der Ingesta in zähflüssigem Zustande — eine Folge geringer Wasserabgabe bei ungenügender Körperbewegung sowie reicher Flüssigkeitsaufnahme bei den Mahlzeiten — vor allem die Aufnahme leicht zersetzlicher Nahrungs- und Genußmittel (Fleisch, gezuckerte Mehlspeisen, Alkoholika usw.).

3. Bei diesen Zersetzungsvorgängen werden außer anderem besonders aus den Eiweißstoffen bestimmte Modifikationen des Eiweißmoleküls sowie allerhand Gärungsprodukte gebildet, welche wir ihrer protoplasmafeindlichen (toxischen) Eigenschaften halber als Toxalbumine) oder kurz Toxine zu bezeichnen gewöhnt sind, und von denen es bereits eine ganze Anzahl zu isolieren gelungen ist.

4. Die schädigende Wirkung der genannten Toxalbumine erstreckt sich — außer auf den Magentraktus selbst, die Ausscheidungsorgane (Nieren, Haut) und das Gesamtkörperprotoplasma — ganz besonders auf Teile geringeren Widerstandes[15]), welche wir am menschlichen Körper fast ausschließlich als Stellen ohnehin labilerer Protoplasmastruktur (Lungen, Schleimhäute, adenoide Organe) kennen.

5. Derartige Körperbezirke, deren besondere Minderwertigkeit auffallend häufig vererbt wird und Steigerung erfährt, erweisen sich Reizeinflüssen von außen (zumeist schroffen Temperaturschwankungen) gegenüber wenig

[14]) Ärztl. Praxis 1904, Nr. 13.
[15]) Jedenfalls auch auf Wunden, Gebiete chronischer Reizeinwirkungen usw.



resistent. Es bilden sich als Ausdruck der dem Körper innewohnenden und anatomisch wirkenden Reaktionskraft Hyperämien an den gereizten Stellen, welche zur schließlichen Auswanderung von mobilen Protoplasmaelementen (Leukozyten) führen; diese letzteren nehmen den Kampf mit etwaigen von außen eingedrungenen Kleinlebewesen und von innen zugeführten Toxalbuminen auf und gehen hiebei zumeist zugrunde.

6. Während der geschilderten, reaktiven Hyperämie — ein Zustand, welchen wir als Entzündung zu bezeichnen pflegen — bildet das betroffene Terrain zugleich einen Nährboden für je nach Körperstelle gedeihende und charakteristische Lebewesen niederer Gattung (Bazillen, Kokken, Spirillen usw.)

7. Sobald sich die Hyperämie verquickt mit einem Nachschub von Toxinen aus dem Darminnern, kommt der entzündliche Vorgang so lange nicht zum Stillstand, als die Bildung und der Nachschub von Toxinen andauert, ja es kann bei Fortdauer der Toxinwirkung schließlich zu völliger Blutüberfüllung (Hepatisation) der Lungen, Kreislaufsstörungen und somit zur Außerdienststellung lebenswichtiger Organe (Lungen, Herz) kommen.

8. Das Aufhören der Toxinausscheidung im Darm wird entweder von der Natur selbst durch Eintrocknen der toxinbildenden, zähflüssigen und stagnierenden Ingesta und nachheriges spontanes Entleeren besorgt oder wird durch Kunsthilfe erreicht.

9. Wir verhüten die Bildung der Toxine und erreichen die Unschädlichmachung bereits gebildeter Gifte durch Beschleunigung der Darmpassage (Abführmedikation[16]) oder noch besser durch Darmauswaschungen und Mittelsalzlösungen.

10. Die Elimination der bereits in die Körpergewebe beziehungsweise die Entzündungsstellen abgelagerten oder im Säftestrom kreisenden Gifte erfolgt dann entweder lokal durch vermehrte Leukozytenauswanderung (schleimig-eiterige Absonderung) oder allgemein durch die automatisch beeinflußte Tätigkeit der ausscheidenden Organe der Nieren und Haut (kritische Schweiße, vermehrte Diurese).

Ein rechtzeitiges und gewissenhaftes Vorgehen in der beschriebenen Richtung wird den Hauptfaktor bei der Entstehung der sogenannten genuinen Pneumonie aus dem Wege räumen, im übrigen aber die Einwirkuug anderweiter Schädlichkeiten (Harnsäureeinwirkung, Kohlensäurestauung, bereits vorhandene Kreislaufstörungen usw.) zwar nicht völlig ausschalten können, sie aber doch so weit zurückzudämmen vermögen, daß zu ihrer Inangriffnahme noch Zeit und Füglichkeit verbleibt.

Internationale Tuberkulosekonferenz.

(Fortsetzung.)

III. Anzeigepflicht bei der Tuberkulose.

Referat zu Nr. 2 der Tagesordnung der VI. Internationalen Tuberkulosekonferenz in Wien, erstattet von L. v. Schrötter.

Schrötter steht bezüglich der Anzeigepflicht auf dem Standpunkte der V. internationalen Tuberkulosekonferenz.

La conférence internationale contre la tuberculose, considérant que la déclaration obligatoire est indispensable dans la lutte contre la tuberculose, que cette déclaration dans les pays où elle est en vigueur depuis plusieurs années n'a soulevé aucune difficulté et n'a lésé en aucune manière les intérêts des malades, prononce. Que la déclaration doit être obligatoire:

1. Pour tous les cas constatés d'une maladie tuberculeuse;
2. pour tous les décès d'une maladie tuberculeuse;
3. pour les déménagements tuberculeux.

La déclaration doit être faite par le médecin traitant.

Da man heute wohl sagen kann, daß man über Punkt 2 und 3 in allen kultivierten Ländern einig ist, so erscheint nur Punkt 1, wie dies auch im Haager Komitee der Fall war, strittig.

Sollen alle Fälle von Tuberkulose angezeigt werden oder nur solche, die als schwere zu bezeichnen sind, oder in irgend einer Weise für ihre Umgebung gefährlich sind oder gefährlich werden können? Das sind die Fragen, die hauptsächlich aufgeworfen werden. Was ist aber der Zweck unserer Beratung über die Anzeigepflicht? Das aus derselben hervorgegangene Votum von Vertretern der Wissenschaft und Soziologen der verschiedenen Länder soll den betreffenden Behörden die Handhabe geben, mit bestimmten Verordnungen gegen die Tuberkulose vorzugehen, und eben weil dieses Votum aus einer internationalen Vereinigung hervorgegangen ist, soll es einen um so höheren (moralischen) Wert haben.

Soll dieser Zweck erreicht werden, so müssen die einzelnen Punkte mit vollkommener Klarheit, keinerlei Zweifel und Deutelei zugänglich und mit möglichster Einigkeit ausgedrückt werden. Wenn aber der Vorschlag gemacht wird, daß nur die schweren Fälle oder solche mit offener Tuberkulose, oder jene mit reichlicher Expektoration, oder solche, die für ihre Umgebung gefährlich oder in hohem Grade gefährlich sind, oder endlich in irgend einer Weise gefährlich werden können, angezeigt werden sollten, wo liegt bei solcher Einteilung die Möglichkeit einer scharfen Unterscheidung? Kann nicht jeder anscheinend leichte Fall oft in überraschend akuter Weise zu einem schweren werden? Liegen doch hinreichende Beobachtungen von einer lokalisierten Tuberkulose, z. B. der Nase, vor, die zu einer tödlichen Meningealtuberkulose führte, von Hinzutreten einer ausgebreiteten Pleuritis oder eines Pneumothorax zu isoliertester Lungenerkrankung u. dgl. Besteht ferner nicht ein großer Unterschied in bezug auf Gefahr für die Umgebung bei den vorgeschrittenen Fällen? Ein an strenge Reinlichkeit gewöhnter Kranker ist doch nach dieser Richtung gewiß anders zu betrachten, als ein solcher, der alle Rücksichten außer Acht läßt! Der erstere kann trotz reichlicher Expektoration vollkommen ungefährlich sein; aber wie ist eine scharfe graduelle Trennung zwischen demselben und dem zweitgenannten durchzuführen? Ganz besonders werden aber noch die sozialen Verhältnisse der Kranken zu berücksichtigen und vielfältig aber mit derselben Schwierigkeit zu unterscheiden sein.

Weiterhin ist es von großer Wichtigkeit und steht mit obigem im innigsten Zusammenhange, daß wir eine möglichst genaue Statistik über alles auf die Tuberkulose bezügliche, ihre Ausbreitung und Formen erhalten, und die sicherlich erschreckend großen Zahlen zur Kenntnis der Behörden gelangen, welche dann um so mehr Veranlassung finden werden, Abwehrmaßregeln zu treffen. Bekanntlich ist die Leichenstatistik aus verschiedenen Gründen ungenau, dasselbe gilt von den bisher nach den Befunden an Lebenden gewonnenen Zahlen. Es müssen also sorgfältige, durch Herausholen aus den die Haupterkrankung verdeckenden Nebenerkrankungen (Bronchitis, Pleuritis), direkt auf das Vorkommen der Tuberkulose gerichteten Angaben der Statistik zugrunde gelegt werden. Glücklicherweise schenkt man jetzt ohnehin einer solchen schärferen Unterscheidung größere Beachtung und ist außerdem gerade in der neuesten Zeit auch die klinische Diagnose in gewichtigster Weise gefördert worden. Hatten wir bisher in vielen zweifelhaften Fällen nur die Tuberkulininjektion als diagnostischen Prüfstein, so können wir die v. Pirquetsche Kutano-, die Calmettesche Ophthalmoreaktion als diagnostische Errungenschaften um so mehr begrüßen, als die Eingriffe bei aller Unschädlichkeit mit größter Leichtigkeit auszuführen und nach den bereits von verschiedener Seite vorgenommenen sowie eigenen Versuchen ihre Ergebnisse als in hohem Grade wertvoll zu bezeichnen sind. Tausende solcher Reaktionen werden vorgenommen

[16]) Der Beginn der Behandlung akut entzündlicher Krankheiten, besonders der Lungen, mit einem Laxans (zumeist Kalomel) der alten Schule — zurzeit auch noch in England üblich — kann daher nur rationell genannt werden, ist aber jedenfalls nur rein empirisch geschehen.

werden und ihr Resultat wird sozusagen eine selbstverständliche Anzeige sein, da man die gewonnenen Zahlen gewiß nicht geheimhalten, sondern zunächst durch wissenschaftliche Verwertung bekanntgeben wird.

Infolge dieser und aller anderen Untersuchungen wird man erst eine richtige Einsicht in die Verbreitung der Tuberkulose bekommen; es wird dies nicht nur für vereinzelte Fälle gelten, sondern — was von größerer Wichtigkeit ist — zur Aufdeckung familiärer und anderer Krankheitsherde führen. Wir arbeiten für die Behörden, aber unsere Sache ist es nicht, Utilitätsgrundsätze aufzustellen, mit Rücksicht darauf, ob sie von den Behörden werden angenommen werden oder nicht, sondern auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse und klargelegter statistischer Tatsachen müssen wir ganz bestimmt lautende Vorschläge erstatten und diese mit allem Ernste betonen. Unter solchen Umständen ist nicht daran zu zweifeln, daß die Behörden den Vorschlägen Gehör schenken und um so geneigter sein werden, energische Maßregeln zur Bekämpfung der Tuberkulose zu ergreifen und solche in erziehlicher, prophylaktischer und therapeutischer Hinsicht durchzuführen. Welcher Art dieselben zu sein haben, darauf soll hier nicht näher eingegangen werden, es bilden die betreffenden Maßregeln ein eigenes Kapitel, doch muß Sch. hervorheben, daß als eine natürliche Folge der Anzeigepflicht die Behörde auf gesetzlich geregelte Weise das Recht haben muß, alle zum Schutze der Allgemeinheit nötigen Schritte ebenso durchzuführen, wie dies für andere Infektionskrankheiten gilt.

Auf Grund dieser Momente sagt Sch. also, und mit ihm eine Reihe erfahrenster Tuberkuloseforscher: Alle erkannten Fälle von Tuberkulose müssen zur Anzeige kommen.

Die betreffende Anzeige muß der Arzt erstatten. Da dies amtlich intern geschieht, ist nicht zu fürchten, daß er ein besonderes Odium auf sich ladet; aber alle Arten von Sanitätsorganen können ihm dabei behilflich sein, hiezu rechnet Sch. ganz besonders die segensreiche Tätigkeit der Fürsorgestellen; doch wird immer der Arzt Bericht zu erstatten haben, ob im einzelnen Falle eine weitere Maßregel und welche: Unterbringung in einem Sanatorium oder einer Krankenanstalt usw., zu treffen ist. Eine natürliche Folge der Anzeigepflicht ist es, daß man die Kranken in Evidenz halten, deren Wohnungswechsel überwachen wird usw.

Warum sträubt man sich so sehr gegen die allgemeine Anzeigepflicht? Aus einem falsch verstandenen Interesse für den Kranken: Es könne ihm in seiner sozialen und erwerblichen Stellung schaden, wenn es bekannt würde, daß er tuberkulös sei.

1. Vergesse man nicht, daß der Arzt die Anzeige mit dem betreffenden Berichte macht, dieser Vorgang also zunächst geheim bleibt und nicht zur allgemeinen Kenntnis gebracht wird. Ist der Kranke unschädlich, so wird weiter nichts veranlaßt, im entgegengesetzten Falle aber ist neben dem persönlichen Interesse desselben das allgemeine Wohl, das, was wir zur Hebung desselben anstreben, in Rücksicht zu nehmen; außerdem werden die betreffenden Schritte mit allen Kautelen der Humanität für den Erkrankten eingeleitet werden.

2. Berücksichtigt man, was nach dieser Richtung bereits in anderen Ländern, ich erwähne besonders Norwegen, was durch die ausgezeichnete Tätigkeit der Fürsorgestellen, ich verweise auf Philip, Calmette, Kayserling, geschehen, welche positiv günstigen Erfahrungen jetzt schon vorliegen, die beweisen, daß alle die befürchteten Übelstände und Schwierigkeiten nicht bestehen — man lese die Berichte dieser Herren, wie die hygienische Aufklärung mehr und mehr auch in den sogenannten unteren Volksschichten vorgedrungen, ja diese sich sogar oft direkt für früher undurchführbar gehaltene Vorschriften entgegenkommend zeigen — so kann man sich wohl der Durchführbarkeit der allgemeinen Anzeigepflicht nicht verschließen. Der Einwand, daß das, was in Norwegen möglich ist, in anderen hochkultivierten Ländern nicht durchführbar sei, kann wohl nicht ernst genommen werden.

Sch. glaubt also zum Schlusse sagen zu können:

Bei der besonderen, volksvernichtenden Gefährlichkeit der Tuberkulose und der Notwendigkeit, alle Mittel zu ihrer Abwehr in Anwendung zu bringen, ist für dieselbe die allgemeine Anzeigepflicht unentbehrlich, um durch diese zu einer sicheren Grundlage über die wahre Größe ihrer Verbreitung zu kommen und alle nötigen Maßnahmen zu ihrer rationellen Bekämpfung treffen zu können. Mit Rücksicht auf die bereits hinreichend weit vorgeschrittene Volksbildung und die in einzelnen Ländern bereits gemachten Erfahrungen ist sie sicher durchführbar.

Der Berliner Polizeipräsident v. Glasenapp, der sodann das Wort ergriff, unterbreitete der Konferenz folgende Resolution, die eine vermittelnde Stellung einnimmt: „Die Anzeigepflicht ist für Todesfälle an Lungen- und Kehlkopftuberkulose und beim Wohnungswechsel von Tuberkulosen einzuführen. Es ist anzustreben, daß sie auch für Erkrankungen an Lungen- und Kehlkopftuberkulosefällen zur Durchführung gelange."

Der Direktor des Zivil-Medizinalwesens Dr. Holmbor, Christiania, hält die Einwendung, daß durch die Anzeigepflicht die Furcht vor Ansteckung vermehrt würde, für unbegründet. Die Furcht vor Ansteckung sei nur eine Folge davon, daß man die Tuberkulose als Infektionskrankheit erkannt habe. Das Beispiel Norwegens beweist die praktische Durchführbarkeit einer Anzeigepflicht. Eine Begrenzung der Anzeigepflicht auf die am meisten vorgeschrittenen und auf diejenigen Fälle, wo die Wohnungs- und Arbeitsverhältnisse eine Überführung der Krankheit fürchten lassen, möchte Redner nicht befürworten, weil dann der Arzt gezwungeu wäre, Entscheidungen von sehr empfindlicher Art zu treffen und hiedurch auch die arme Bevölkerung, namentlich die Arbeiterbevölkerung, in eine odiose Sonderstellung käme. Nach der Meinung des Redners ist vielmehr die humanste Ordnung eine für alle Krankheiten und für alle Klassen gemeinsame Regel.

Landtagsabgeordneter Dr. Hermann, Prag, begrüßt als Jurist die obligatorische Anzeigepflicht auf das wärmste. Denn jeder Mensch, und stünde er noch so hoch, kommt nicht als Einzelindividuum, sondern als Mitglied der staatlichen Gemeinschaft in Betracht. Es sollte weiter ausgesprochen werden, daß der Staat und seine Organe das Recht haben, bei Infektionskrankheiten und speziell bei einer endemisch verbreiteten Krankheit wie der Tuberkulose Einschränkungen der persönlichen Freiheit zu verfügen. Es ist eine zivil- und strafrechtliche Verantwortlichkeit jener Infektionskranken zu fixieren, die durch die Außerachtlassung der durch die ärztliche Wissenschaft heutzutage gegebenen unumgänglichen Vorschriften für ihre Umgebung eine schwere Gefahr bedeuten. Es soll ferner gesetzlich bestimmt werden, daß die Ehefähigkeit durch ansteckende Krankheiten vorübergehend oder für immer ausgeschlossen erscheint. Gerade in dieser Frage brauchen wir in Österreich nicht ängstlich zu sein: es gibt hier so viele Ehehindernisse, die jenseits der schwarzgelben Pfähle nicht anerkannt werden; auch innerhalb unserer Grenzen sind Tausende von Menschen der gleichen Überzeugung. Wir bedürfen eines modernen Reichsseuchengesetzes, das von einer Koalition der Mediziner, Juristen und Sozialpolitiker geschaffen werden möge. (Lebhafter Beifall.)

Dr. Freund, Direktor der Landesversicherungsanstalt in Berlin, tritt für das Prinzip der freiwilligen Anzeigen ein.

Geheimrat Professor Fraenkel, Berlin, meint, daß dieser Vorschlag anzunehmen wäre, wenn es eine Pflichtversicherung für die ganze Bevölkerung gäbe. Ein ideales Anzeigesystem bestände darin, daß alle Rekruten bei der Assentierung auf Schwindsucht untersucht und der betreffenden Behörde angezeigt würden. Redner empfiehlt die Resolution des Polizeipräsidenten v. Glasenapp zur Annahme.

Bei der Abstimmung wird die Resolution Glasenapp angenommen. (Schluß folgt.)



II. Referate.

Negative Diagnose. Von Dr. Georg Knauer, Spezialarzt für Hautkranke in Wiesbaden.

Was unter positiver Diagnose zu verstehen ist und was unter negativer, möge hier gleich am vorliegenden Beispiele erklärt werden. Wir nehmen den Nachweis der Spirochaete pallida als Beispiel und setzen dabei voraus, daß sie tatsächlich der vielgesuchte Erreger der Syphilis sei. Nun also, K. meint, wenn ihm in einem Krankheisfalle der Nachweis der Spirochaete pallida im Blute oder Sekrete des Kranken gelingt, so stelle er eine positive Diagnose und ist berechtigt, mit Bestimmtheit Syphilis als Diagnose anzugeben. Gelingt ihm in einem verdächtigen Falle der Nachweis der Spirochaete pallida nicht, so hat er dagegen nie und nimmer die Berechtigung, eine negative Diagnose zu stellen, d. h. zu behaupten, Syphilis liege hier nicht vor; selbst dann nicht, wenn mehrfach wiederholte Untersuchungen ein negatives Ergebnis haben. Nachstehender Fall ist ein krasses Beispiel dafür, wie sehr gegen diese Regel, die der Praktiker doch für eine der wichtigsten und einfachsten halten sollte, gefehlt werden kann.

Fünf Tage nach einem am 6. April v. J. vollzogenen Koitus bemerkte Patient, der mit X. bezeichnet wird, auf dem Dorsum penis ein kleines „Pickelchen“, das er, da es ihm harmlos erschien, ausdrückte. Es entstand nun daraus ein flaches Geschwür von der Größe einer Erbse, das keine Neigung zum heilen zeigte. Etwa acht Tage später konsultierte X. in Berlin einen Arzt wegen eines seit einigen Jahren bestehenden zirkumskripten Ekzems und machte ihn bei dieser Gelegenheit auch auf das inzwischen noch etwas größer gewordene, aber ganz flache Geschwür aufmerksam. Der Berliner Kollege handelte nun durchaus richtig, indem er dem X. nach Verordnen von Xeroform sagte, Symptome von Syphilis seien zwar augenblicklich nicht nachweisbar, doch sei ihr späteres Auftreten nicht ausgeschlossen. X. werde daher gut daran tun, auf seiner Reise nochmals einen Arzt zu befragen, falls das Geschwür nicht in vier Tagen geheilt sei. Dieser Anordnung folgend, ging X., als nach mehreren Tagen keine Besserung eingetreten war, in Y. zu Dr. Z., Spezialarzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Dieser konnte gleichfalls keinerlei Symptome von Lues feststellen, entnahm dem Geschwüre Sekret zur mikroskopischen Untersuchung und bestellte X. auf den nächsten Tag wieder. Als X. zur bestimmten Zeit erschien, teilte ihm Dr. Z. mit, die Untersuchung sei günstig verlaufen, die Spirochaete pallida, die Erregerin der Syphilis, habe e r n i c h t nachweisen können. X. habe also keine Syphilis.

Auf nochmaliges eindringliches Fragen des X. wiederholte Dr. Z., X. könne ganz beruhigt abreisen. Syphilis sei m i t B e s t i m m t h e i t a u s z u s c h l i e ß e n.

Zum Ausheilen des Geschwürs am Penis verordnete er dem X. eine Airolsalbe, deren Anwendung denn auch nach einigen Tagen den gewünschten Erfolg hatte. Das Geschwür heilte und X. reiste beruhigt ab.

Ungefähr am 5. Mai fühlte nun X., wie er beschreibt, in den Haaren über dem linken Ohre einige rauhe Stellen, denen er keine Bedeutung beilegte und die er bald wieder verschwunden glaubte. Am 11. Mai zeigten sich jedoch über den ganzen behaarten Kopf zerstreut viele mit Schorf bedeckte Flächen, die nach Entfernen des Schorfes stark nässten und sofort wieder Schorf ansetzten. X. war aber, und das ist das Verhängnisvolle bei der Sache, infolge der Versicherung des Dr. Z. so sehr überzeugt, keine Syphilis zu haben, daß er keinen Argwohn schöpfte und nur glaubte, sich in der Eisenbahn eine Flechte zugezogen zu haben. So nur ist es zu erklären, daß, als er K. am 13. Mai, in Wiesbaden angelangt, konsultierte und K. sofort Syphilis erkannte, er auf meine Frage, ob er einen Schanker gehabt, ein ebenso verwundertes wie bestimmtes Nein zur Antwort gab.

Da K. nach mancherlei Erfahrungen verschiedener Art nicht gewillt war, den Erzählungen des Patienten allzuviel Glauben beizumessen, und K. die Fahrlässigkeit des Kollegen Z. denn doch etwas unglaublich erschien, schrieb K. an letzteren und bat ihn, ihm mitzuteilen, was er bei X. konstatiert, beziehungsweise an welcher Krankheit er ihn behandelt habe. Die sehr bald eintreffende Antwort des Kollegen lautete, er habe bei X. ein unverdächtiges Geschwür festgestellt. Syphilis sei nicht vorhanden, denn die Untersuchung auf Spirochaete pallida sei negativ ausgefallen!

Dieser Fall enthält eine ernste Warnung. Die durch eine großartige Entdeckung auf bakteriologischem Gebiete hervorgerufene Begeisterung darf uns nicht verleiten, in Hurrastimmung n e g a t i v e Diagnosen zu stellen. Die positiven Diagnosen sind schon schwerwiegend und verantwortungsvoll genug. Der Praktiker wird immer gut tun, folgendes zu beachten: Die von den Lehrbüchern angegebenen Merkmale zur Unterscheidung von Ulcus molle und induratum, beziehungsweise Lues sind wohl als a l l g e m e i n e R i c h t l i n i e n verwertbar, aber auch nicht weiter. In nicht seltenen Fällen der Praxis können die „typischen Merkmale“ eine fast vollkommene Umkehrung zeigen, gar nicht zu sprechen von den negativen Mischinfektionen. Das sollte jeder Praktiker wissen. Wenn, und das gilt allgemein gesagt, nicht nur für Geschlechtsleiden, keine sichere Diagnose gestellt werden kann, ob eine leichtere Erkrankung oder eine verhängnisvolle schwere vorliegt, sind wir Ärzte verpflichtet, z u m m i n d e s t e n an die M ö g l i c h k e i t der schweren Erkrankung zu denken und danach unsere prophylaktischen Maßnahmen zu treffen. Haben wir zu schwarz gesehen, dann haben wir wenigstens nichts geschadet, der Vorwurf der Fahrlässigkeit wird uns dann nie treffen können. Im umgekehrten Falle aber . . . . .? (Münch. med. Wochenschr. Nr. 51, 1906.)

*

Rückstauung des Urins nach dem Nierenbecken. Von R. G e i g e l in Würzburg.

Bei Tieren ist Rückstauung des Urins durch die Ureteren schon mehrfach beobachtet worden. Zweifelhaft ist noch, ob hiezu eine — auch schon beobachtete — antiperistaltische Bewegung der Ureteren unerläßlich ist, oder ob gelegentlich starker Druck in der Blase allein die Mündung der Ureteren öffnen kann. Dabei soll eine mäßige Füllung bei starkem Tonus der Blasenwand förderlicher sein, wogegen eine bedeutende Füllung der Blase das Orificium ureteris wegen seiner klappenartigen Gestalt schließen und so den Rückfluß verhindern soll.

Ob auch beim Menschen eine derartige Rückstauung vorkommt, weiß man nicht, sie wäre schon für die Pathologie von Wichtigkeit, indem so für manche und nicht seltene Fälle eine mechanische Erklärung für fortschreitende Infektion und Entzündung von der Blase aus auf die Nieren naheliegend wäre, denn sonst kann man sich nur schwer vorstellen, wie die Entzündungserreger gegen den Harnstrom bis ins Nierenbecken und so zur Niere gelangen können.

Da mag vielleicht eine Beobachtung nicht ohne Interesse sein, die ein gut Bekannter schon seit einigen Jahren gelegentlich an sich selbst machte. Er ist selbst Arzt, in akademischer Stellung und jedenfalls ein gewissenhafter Beobachter. Den ganzen Tag läßt man ihm keine Ruhe und erst tief in der Nacht, wenn alles schläft, setzt er sich an seine Arbeit, um zu studieren und zu schreiben. Dazu raucht er und trinkt er ein paar Glas Bier. So treibt er es seit vielen Jahren. Da geschieht es manchmal, daß er die Entleerung der Blase vergißt oder verschiebt, bis der Drang dazu lebhaft wird. Wenn er sich jetzt zur Miktion erhebt und geht, geschieht zuweilen folgendes: Von der Schoßfuge schräg auf- und seitwärts und nach hinten, ganz genau dem Verlauf der Ureteren entsprechend, kommt ein aufsteigender krampfartiger, recht bemerkbarer, aber nicht gerade intensiver Schmerz, der sich dann in der Nierengegend lokalisiert. Immer stellt sich die Empfindung rechts und links zu gleicher Zeit und in gleichem Grade ein. Hiemit zugleich nimmt der Harndrang ganz bedeutend ab und wird jetzt die Blase entleert, so kommt, bei weitem nicht so viel Urin als nach der genossenen Flüssigkeit und dem so stark gewesenen Drang hätte



erwartet werden dürfen. Der dumpfe Druck in der Nierengegend nimmt nach der Blasenentleerung ab, ist aber noch einige Minuten bemerkbar. Gewöhnlich begibt sich der Beobachter dann zu Bett, nicht ohne vor dem Besteigen desselben, etwa eine Viertelstuude nach der ersten Miktion, die Blase nochmals zu entleeren. Und hier fiel es ihm auf, daß er dann eine Portion Urin entleeren kann, größer als er es nach so kurzer Zeit nach seinen gewöhnlichen Erfahrungen vermutet hätte.

Man könnte daran denken, daß die Blase durch die übertriebene Retention vorübergehend gelähmt wird, daß mit der Erschlaffung des Detrusors der Harndrang schwindet und sich dann die Blase bei der Miktion nicht vollständig entleert, dies aber nach einer Viertelstunde tut, wenn sie ihren Tonus wieder gewonnen hat. Allein hiemit wäre nur ein Teil der Erscheinungen erklärt, nicht das ganz sichere Gefühl entlang der Ureteren und in der Nierengegend.

Der Beobachter und G. mit ihm glauben vielmehr für diesen Vorgang nur eine Rückstauung des Urins nach dem Nierenbecken beiderseits zur Erklärung heranziehen zu können. (Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 48.)

*

Vorschläge zu einer den Heilprozeß nicht retardierenden Unterstützung des Unfallverletzten. Von Dr. Friedrich Hackländer, Assistenzarzt der Universitätsklinik für psychische und nervöse Krankheiten zu Gießen.

Daß die Rentengewährung noch keine ideale Unterstützung des Unfallverletzten darstellt, weiß jeder Unfallgutachter. Namentlich der Neurologe und Psychotherapeut muß mit Bedauern erkennen, wie durch das herrschende Rentensystem bei dem Unfallverletzten bestimmte Vorstellungskomplexe zu einer dominierenden Höhe erhoben und gezeitigt werden, einen nachteiligen Einfluß auf die Heilung der Unfallfolgen auszuüben, ja infolge ihrer dominierenden Stellung im Vorstellungsleben des Unfallneurotikers zuweilen die einzige Unfallfolge darstellen, aus der alle Beschwerden sich herleiten. Unbedeutend verletzte Rentenberechtigte zeigen eine starke Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit, während, wie Nonne auf der 78. Naturforscherversammlung in Stuttgart zeigt, eine große Anzahl von handverstümmelten nicht Rentenberechtigten volle Arbeit leisten.

Wie entsteht der psychogene Faktor der Arbeitsunfähigkeit der rentenberechtigten Unfallverletzten? — „Wie schön wäre es, wenn ich eine Rente bekäme; doch meine Wunde scheint ja zu heilen und es ist gut, daß ich bald wieder arbeiten kann. Bei einer kleinen Rente brauchte ich nicht so viel zu arbeiten und könnte mich etwas ausruhen. Ruhe muß ich haben, meine Nerven sind angegriffen; das ist oft der Fall nach Unfällen, bei dem Müller war es auch so. — Ich muß eine Rente haben.“

Nachdem in dieser Weise der Unfallverletzte sich an dem Gaukelbilde der Rentenbedürftigkeit erfreut hat, beginnt der Kampf um die Rente — schon im guten Glauben.

Nun kommen Hangen und Bangen in Ungewißheit über die Zubilligung der Rente, Sorgen, Schlaflosigkeit, Mutlosigkeit, Verzagtheit, Schlaffheit, Entschlußunfähigkeit, alle Feinde frischen, fröhlichen Lebens, alle Hemmungen eifriger, schaffensfreudiger Tätigkeit, dazu noch die Vorstellung: „wenn ich zu arbeiten versuche, dann bekomme ich meine Rente erst recht nicht“. Und aus diesem Konflikte flüchtet das Assoziations- und Nervensystem sich nun völlig in die Krankheit und vielfach auch in den Alkoholismus. Rumpf bedauert, daß die Arbeitswilligen so schwer Arbeitsgelegenheit finden. Das ist wohl wahr und sehr zu bedauern; es liegt aber in vielen Fällen auch daran, daß sie trotz aller Arbeitswilligkeit in unbewußter Hemmung durch alles, was das Rentensystem mit sich bringt, nicht genug danach suchen.

Welche Mittel gibt es, sie dazu zu veranlassen? Von allen auf der Naturforscherversammlung gemachten Vorschlägen, den Schäden entgegenzuwirken, gesetzliche Erweiterung der Möglichkeit einer einmaligen Abfindungssumme (Nonne, Gaupp), langsame Minderung der Rente, Psychotherapie (Rumpf), Unfallkrankenhäuser (Thiem), gefällt H. vor allem der Vorschlag von Bruns, anzustreben, daß das Produkt der wieder geleisteten Arbeit für den Arbeiter direkt Geldeswert bekommt, um ihn anzufeuern, seine Arbeitskraft weiter zu entwickeln.

Wie kann das geschehen? Nehmen wir einen einfachen Fall. Viele Unfallverletzte zeigen infolge ihrer Unfall-Psychoneurose nur quantitativ verminderte Arbeitsleistung, sie können nicht mehr so viel arbeiten wie früher, lassen schnell nach, ermüden, während der Unfall nicht bedingt, daß die Qualität der Arbeit eine andere wird. Diese Unfallneurotiker sollen bei ihrer gewohnten Arbeit und bei ihrem Arbeitgeber bleiben. Damit sie nicht aus Furcht vor Rentenverlust nur geheime Hausarbeiten machen, ungewohnte, geisttötende Arbeiten (Strohflechten, Zigarrendrehen, Adressenschreiben), dem Alkoholismus verfallen und in ihrer Psychoneurose erstarren, gibt er ihnen Arbeit in der früheren gewohnten Weise, und wenn sie zuerst nur halbe Arbeitsfähigkeit haben, so bezahlt er jede Einzelleistung doppelt und läßt sich die andere Hälfte von der Berufsgenossenschaft bezahlen. Bei Akkordarbeitern würde das sehr gut gehen und die Überschreitung des Normalsatzes der gesunden Tage würde den Indikator abgeben zur Herabsetzung der Mehrbezahlung. Ein unter der Kritik seiner früheren Mitarbeiter arbeitender Unfallrekonvaleszent würde so ohne die Aussicht auf eine Rente bald nachholen, was der Unfall seiner Arbeitsfähigkeit geschadet hat. Um etwas zu verdienen, müßte er sich aufraffen und freudig und zuversichtlich würde er weiterarbeiten, um mehr zu verdienen. Auch wenn ihm seinen zurückgekehrten und wieder offenbar entfalteten Kräften entsprechend die Einzelleistung nun wieder wie die eines vollgültigen Arbeiters bezahlt würde, so würde Selbstvertrauen, Willenskraft und Schaffensfreude noch stärker werden, da von nun an das noch mehr Erworbene wieder ein wirkliches Plus darstellt.

Der Arzt soll den Verletzten der Berufsgenossenschaft gegenüber begutachten, aber in erster Linie mit dem Arbeitgeber zusammen die „Arbeitsbehandlung“ bestimmen, wie er es mit den Anstaltswerkstättenmeistern gewöhnt ist. Der Arbeitgeber soll die nächstliegende psychische und finanzielle Stütze des Unfallkranken sein.

Wenn die Durchführung dieser Vorschläge zunächst auch umständlich erscheint, den Berufsgenossenschaften kann sie viel Geld ersparen. (Münch. med. Wochenschr 1906, Nr. 48.)

*

Drei Fälle von Zungenneuralgie. Von Dr. L. Hoeflmayr, Nervenarzt in München.

Eulenburg sagt in seiner Realenzyklopädie unter dem Artikel Zungenerkrankungen: „Außerordentlich selten ist die isolierte Neuralgie des Nervus lingualis.“ Auch in der H. zugängigen Literatur konnte er keinen Fall finden, der den von ihm im Laufe der letzten Jahre beobachteten und behandelten drei Fällen von Neuralgie im Ausbreitungsgebiete des Nervus lingualis ähnlich wäre. Die Beschreibungen, die Erkrankungen des Zungennerven zum Gegenstande haben, beschäftigen sich fast ausschließlich mit Störungen der Funktionen der Nervi glossopharyngeus, facialis und hypoglossus.

In allen von H. beobachteten drei Fällen führte eine Regelung der Darmfunktion als Haupttherapie zum allmählichen Verschwinden der Zungenschmerzen. In den ersten beiden Fällen waren Mundspülungen mit Kamillentee und Kal. chloric.-Lösungen gemacht worden, da diese beiden Patienten örtlich etwas getan haben wollten.

Fall 1 war von Haus aus von schwächlicher Natur, hatte sich aber durch einen mehrjährigen Aufenthalt in Italien sehr gekräftigt und war während der 13 Jahre, seitdem H. ihn kennt, nie ernstlich krank. Die Erkrankung der Zunge hatte er vor fünf Jahren, seitdem kein Rezidiv, wohl aber vor drei Jahren einen mäßig starken Anfall von Ischias.

Fall 2 war außer der Obstipation nie von Beschwerden oder Krankheiten belästigt und ist heute gesund. Seine Zungenerkrankung hatte er im Jahre 1903. Er ist etwas „nervös“



und verträgt Alkohol und Nikotin nicht gut und lebt dementsprechend.

Fall 3 stammt von gesunden Eltern, ist ebenfalls nie schwer krank gewesen, hat aber hie und da Nervenschmerzen in Armen und Beinen gehabt. Merkwürdig ist, daß er sich vor zirka drei Jahren in eine Lebensversicherungsgesellschaft aufnehmen lassen wollte, aber wegen angeblichen Zuckergehaltes seines Urins abgewiesen wurde. H. selbst hat danach den Urin während eines Jahres zwölfmal zu den verschiedensten Tageszeiten sich geben lassen und ebensowenig je Zucker gefunden, wie eine sehr große Anzahl hiesiger Kollegen, zu denen der ängstlich gewordene Mann Proben zur Untersuchung sandte. Auch drei Untersuchungen durch eine hiesige Chemikerfirma ergaben nie positiven Ausfall der verschiedenen Zuckerproben. Seine Zungenneuralgie bestand im August und September 1906.

Es handelte sich demnach in den drei Fällen um mäßig neurasthenische Patienten mit träger Darmtätigkeit. Mit Hebung der Obstipation verschwanden auch die Schmerzen in der Zunge.

Was diese Neuralgie der Zunge in den drei Fällen interessant erscheinen läßt, ist der Umstand, daß die beiden eigentlichen Zungennerven Glossopharyngeus und Hypoglossus — ersterer der Geschmacksnerv, letzterer der motorische Nerv — vollständig unbeteiligt waren. Die Schmerzen traten nur im Ausbreitungsgebiete des Nervus lingualis, eines Zweiges des Ramus inferior des Trigeminus, und von ihm ausstrahlend in Fall 1 und 3 in kleinen Ästchen des ersten und in Fall 2 in solchen desselben Astes, dem der Nervus lingualis entstammt, auf. Daß es sich um eine reine Neuralgie des Lingualis handelte, kann auch daraus geschlossen werden, daß die Chorda tympani, die von allen Forschern als der Nerv bezeichnet wird, der dem vorderen Drittel der Zunge die Geschmacksfasern zuführt, wie die Prüfung ergab, nicht an der Erkrankung beteiligt war. Eine lokale Entzündung oder sonstige örtliche Erkrankung der Zunge aber dürfte schon dadurch ausgeschlossen werden. Denn es wäre kein Grund anzugeben, warum eine solche Erkrankung den sensiblen Nerven allein in Mitleidenschaft ziehen sollte; außerdem waren die zugehörigen Lymphdrüsen nie angeschwollen, wie dies ja sonst bei Mund-, Zungen- und Halserkrankungen sofort der Fall ist.

Als sinnfällige Ursache der Neuralgie bleibt demnach nur die habituelle Obstipation. Daß bei Darmträgheit solche Neuralgien im Gebiete der Gehirnnerven durch wahrscheinliche Vermittlung des Sympathikus ausgelöst werden können, dürfte allgemein bekannt sein. Es erscheint naheliegend, daß in diesen Fällen, wie H. es sich auch bei der Entstehung des Migräneanfalles z. B. denkt, ein bei der Darmfäulnis entstehendes und von der Darmwand resorbiertes Toxalbumin eine nervenschädigende Rolle spielt. (Münch. med. Wochenschrift Nr. 51, 1906.)

*

Über einen neuen Spiegelkondensor zur Sichtbarmachung ultramikroskopischer Teilchen. Von C. Reichert in Wien.

Als Zigmondi und Siedentopf auf der Naturforscherversammlung in Kassel ihre neuen Hilfsapparate zur Sichtbarmachung ultramikroskopischer Teilchen demonstrierten, hatten sie damit einen neuen Weg eingeschlagen, um die Leistungsfähigkeit der Mikroskope zu erhöhen und der wissenschaftlichen Forschung ein neues Gebiet eröffnet. Die optische Werkstätte von C. Reichert hatte sich seit dieser Zeit ebenfalls mit der Herstellung solcher Apparate beschäftigt und war dabei von dem Grundsatz geleitet, diese Apparate womöglich zu vereinfachen und der Praxis zugänglicher zu machen. Verschiedene Überiegungen und Versuche haben zu dem in nachstehendem kurz beschriebenen Spiegelkondensor geführt.

Diese neue Methode zur Sichtbarmachung ultramikroskopischer Teilchen gründet sich auf die Beleuchtung in dunklem Felde, bei welcher jedoch das Objekt durch Strahlen größerer Apertur beleuchtet und durch Strahlen geringerer Apertur abgebildet wird. Bei der bis jetzt gebräuchlichen Methode nach Siedentopf ist bekanntlich das Verhältnis von beleuchtenden und abbildenden Büscheln umgekehrt. Die erstere Methode hat vor der zweiten den Vorzug größerer Ausnützung der Lichtquelle. Ein zweiter Vorteil liegt auch in den Umständen, daß mit jedem beliebigen Trockenobjektiv ohne besondere Zurichtung desselben (Stempelblende, Abschleifen der Frontlinsen usw.) gearbeitet werden kann und daß die bei der Beobachtung außerordentlich störenden Beugungsringe, welche das Objekt bei der Siedentopfschen Anordnung umgeben, hiebei nicht auftreten. Das hauptsächlichste Hilfsmittel dieser neuen Methode ist ein Spiegelkondensor. Er besteht im wesentlichen aus einer Plankonvexlinse, von welcher der mittlere Teil der gekrümmten Fläche abgeschliffen ist. Die dadurch entstandene Planfläche ist genau parallel zur Planfläche der Linse, der noch übrig bleibende Teil der Krümmung ist versilbert.

Anweisung zum Gebrauche des Spiegelkondensors.

Die Spiegelkondensoren haben sich als fähig erwiesen:

1. Zur Untersuchung von kolloidalen Lösungen,

2. zur Blutuntersuchung,

3. zur Beobachtung von ungefärbten, lebenden Bakterien jeder Art,

4. zur Untersuchung von durchsichtigen, festen Körpern, wenn man aus denselben Dünnschliffe herstellen kann.

Beim Gebrauch des Spiegelkondensors ist die größte Reinlichkeit zur Erzielung einwandfreier Resultate die erste Bedingung. Kleine Stäubchen, Kritzer, Narben, Luftblasen und sonstige Unvollkommenheiten in dem Objektträger oder Deckgläschen machen sich äußerst störend bemerkbar. Aus diesem Grunde sind besonders sorgfältig gearbeitete Objektträger und Deckgläser zu verwenden. Alle Objekte, Flüssigkeiten, Gewebe, Bakterien usw. können in der gewöhnlichen Weise, indem man sie einfach auf einen Objektträger bringt und mit einem Deckgläschen bedeckt, beobachtet werden. Von wesentlicher Bedeutung ist es, daß eine möglichst blasenfreie homogene Verbindung zwischen der Oberfläche des Kondensors und der unteren Fläche des Objektträgers besteht. Zedernöl eignet sich für diesen Zweck am besten.

Es ist notwendig, vor der eigentlichen Beobachtung das Bild der Lichtquelle mit Hilfe eines schwächeren Objektives genau in die Mitte des Gesichtsfeldes zu bringen.

Für die Untersuchung kolloidaler Lösungen empfehlen sich kleine Kammern, welche aus einem Objektträger von bestimmter Dicke und einem zentrisch durchbohrten Deckgläschen bestehen. Dasselbe ist auf den Objektträger gekittet; seine Höhlung kann durch ein Deckgläschen geschlossen werden. Die Tiefe dieser Höhlungen ist nach Bedarf $^1/_{10}$, $^2/_{10}$ oder $^3/_{10}$ *mm*; der Durchmesser beträgt 10 *mm*. Während die zu untersuchenden Flüssigkeiten zwischen Objektträger und Deckglas leicht austrocknen, können sie in solchen Kammern stundenlang aufbewahrt werden, ohne eine Veränderung zu erleiden. Flüssigkeiten, von denen größere Quantitäten zu untersuchen sind, und deren Mischungen mit anderen Flüssigkeiten werden durch die Wasserkammer geleitet, welche durch einen Gummischlauch mit einer durch einen Hahn abschließbaren Glasküvette auf Stativ in Verbindung steht. Die Flüssigkeit wird hiebei gezwungen, einen in der Mitte der Kammer befindlichen Raum zu passieren, welcher mit den Höhlungen der oben beschriebenen einfachen Kammern eine große Ähnlichkeit aufweist.

Zur Beobactung von Bakterien eignen sich Objektträger mit schwachkonkavem Ausschliff. Im allgemeinen genügen aber auch die gewöhnlichen Objektträger, auf welche ein Tropfen der mit Bestandteilen einer Reinkultur vermischten Flüssigkeit gebracht wird. Die Geißeln verschiedener Bakterien (z. B. Spirill. volutans) sind mit Hilfe des Spiegelkondensors deutlich wahrnehmbar. Nur müssen die Bakterien vorher der Einwirkung gewisser abtötender Mittel unterworfen werden, um die gewöhnlich äußerst lebhaften Eigenbewegungen zu



verlangsamen; es scheint ferner angebracht, Einbettungsmedien, die einen vom Brechungsexponenten der Bakteriensubstanz stark abweichenden Exponenten besitzen, von Fall zu Fall ausfindig zu machen. (Münchener medizinische Wochenschrift Nr. 51, 1906.)

*

Tüll bei der Transplantation. Von Dr. Franz Kuhn, dirig. Arzt.

Es sind in der letzten Zeit eine Reihe von Arbeiten über die Nachbehandlung der Transplantationen erschienen. Im folgenden möge gestattet sein, denselben einige Bemerkungen anzufügen.

Die Autoren der genannten Artikel kommen zu verschiedenen Vorschlägen. Die einen gehen in der Nachbehandlung der transplantierten Stellen trocken und mit offener Wundbehandlung vor, so Wagner und ferner Bernhard, der womöglich noch die Sonnenstrahlen als austrocknendes Hilfsmoment hinzuzieht, endlich Goldmann, dessen Verfahren noch Brünning eine Abhandlung widmet.

Diesen Autoren entgegen reden andere (Weischer) der feuchten Behandlung das Wort.

Wir können uns im Angesichte dieses Verfahrens nicht versagen, folgenden Eindruck wiederzugeben:

Alle die Verfahren mit offener Wundbehandlung sind sichtlich relativ umständlich und recht reich an Einzelvorschriften; sie wechseln das Vorgehen öfters nach bestimmten Indikationen, manövrieren bald mehr trocken, bald mehr feucht, bald mit Öl oder Salbe, und beanspruchen viel Rücksichten und eine Menge von Vorschriften über Lagerung und Schutz der Wunde, über Behandlung anderer benachbarter Wundpartien usw.

In Anbetracht so vieler Umständlichkeiten kann sich K. der Frage nicht enthalten: Wozu alle diese Rücksichten? Wozu immer neue Methoden, nachdem wir doch in der Nachbehandlung mit Tüll ein so einfaches, billiges, bequemes und leistungsfähiges Verfahren haben, das ohne Modifikationen unter allen Verhältnissen in gleicher Weise angewandt wird, und unter allen Voraussetzungen das noch eben Mögliche leistet.

Was nun K.'s Erfahrungen anbelangt, so hat er in seiner Klinik seit jener Zeit nie mehr etwas anderes bei Transplantationen als Tüll angewandt: dabei legte K. die Hautläppchen bei frisch aussehenden, wenig sezernierenden Granulationen direkt, ohne Vorbereitung auf diese; bei mittlerer Sekretion kann man leichtes Wundmachen (Lauenstein) versuchen, bei stärkerer Sekretion kratzt man die Granulationen bis zur Granulationsmembran ab, und spült mit steriler Kochsalzlösung.

Bei geringer Sekretion heilen die Läppchen in 8—10 Tagen fest; der Tüll bleibt so lange unberührt. Ist die Sekretion etwas lebhafter, so läuft das Sekret durch die Maschen des Tüll, wird dann durch dieselben hindurch abgetupft, die Wunde mit Jodoform bestreut und mit Kompresse wieder verbunden, wie jede andere Wunde. Der Tüll bleibt in seiner Lage unberührt.

Beim Verbandwechsel achtet man darauf, daß die Tüllläppchen sich nicht abheben. Man hilft mit der Pinzette etwas nach und sorgt, daß namentlich die unteren Tüllstückchen ruhig bleiben. Blättern die oberen mit ab, so schadet das nichts. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 51, 1906.)

*

Bemerkungen über die Züchtung von strengen Anaëroben in aërober Weise. Von Adam Wrzosek.

In Nr. 46 der „Münch. med. Wochenschr.“ vom abgelaufenen Jahre erschien eine Arbeit von Dr. Harrass unter dem Titel „Zur Frage der aëroben Züchtung sogenannter obligat-anaërober Bakterien“. In dieser Arbeit bestätigt Harass die Resultate der diesbezüglichen Untersuchungen von Tarozzi, sowie W.'s Untersuchungen und widerlegt überdies eine Behauptung Tarozzis. Tarozzi behauptet nämlich, daß Anaëroben in Bouillon, welche ein frisches Tiergewebsstück enthält, sich in aërober Weise entwickeln, daß jedoch, wenn die ein solches Gewebsstück enthaltende Bouillon bei 100° sterilisiert wird, diese Bouillon sich zur Züchtung der Anaëroben nicht mehr eignet. — Dieser Behauptung Tarozzis gegenüber ist Harras zum Resultate gelangt, dem zufolge auch auf die beschriebene Weise vorbereitete und sterilisierte (im strömenden Dampfe bei 100°) Bouillonröhrchen als Nährboden für Anaëroben dienen können.

Dieselbe Frage seit längerer Zeit behandelnd, ist W. zu dem gleichen Ergebnisse wie Harras gelangt und hat diese Beobachtungen in „Przeglad lekarski“ 1906, Nr. 40—43, also vor der Mitteilung Harrass' veröffentlicht. Somit bestätigen sich die von einander unabhängig ausgeführten Untersuchungen von Harras und von W. gegenseitig. Bei weiteren diesbezüglichen Untersuchungen hat W. festgestellt, daß auch solche, tierische Gewebsstücke enthaltende Bouillonröhrchen, welche 15 Minuten lang bei 140° C. im Autoklaven sterilisiert wurden, noch als Nährboden für Anaëroben dienen können. (Münch. med. Wochschr. Nr. 51, 1906.)

*

Zur Beurteilung der Erbschen Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen. Von Dr. C. Kopp in München.

In Nr. 48 der „Münchener medizinischen Wochenschr.“ hat Erb auf Grund statistischer Erhebungen, welche sich hinsichtlich des ersten Punktes auf ein Material von 2000 Fällen, hinsichtlich des zweiten Falles auf eine Anzahl von 400 Ehen, in denen die Männer verschieden lange Zeit vor der Heirat an Tripper gelitten hatten, stützen, der Ansicht Ausdruck verliehen, daß man auf diesem Gebiete viel übertrieben habe, und der Tripper auch nicht entfernt die große, die Gesundheit der Ehefrau, das Glück der Ehen und die Volksvermehrung aufs schwerste beeinträchtigende Bedeutung hat, die man ihm von mancher Seite zuschreibt und zu agitatorischen Zwecken proklamiert. Speziell wird die Blaschkosche Statistik über die Häufigkeit der Gonorrhoe in der männlichen Jugend einer Kritik unterzogen.

Manches erklärt sich aus der Verschiedenheit des der Statistik zugrunde gelegten Materials. Vergleichen wir z. B. die Studentenschaft mit ihrem freien und ungebundenen Leben auf der einen Seite, und die in ernster Arbeit und strenger Disziplin stehenden jungen Männer des aktiven Heeres anderseits, so werden wir verschiedene Resultate erhalten. Auch örtliche Verhältntsse spielen eine große Rolle; Studenten und junge Kaufleute in den großen Städten, Berlin, Hamburg, München, Breslau, werden bedeutend höhere Infektionsziffern aufweisen, als die gleichen Truppen etwa in Tübingen oder Göttingen oder die jungen Kaufleute in einer kleinen Provinzialstadt. So wird auch das Resultat ein anderes sein, je nachdem sich die Erkrankung nur auf rein anamnestischem Wege, auf zum Teile lange Jahre zurückdatiert, nachweisen oder nicht nachweisen läßt, oder aber durch obligate Benützung der von einer Krankenkasse gebotenen Behandlungsmöglichkeit auf deren Bucheinträge hin festgestellt wird. Es ist doch wohl nicht zu vergessen, daß insbesondere von älteren Leuten bei Examination ihrer Jugenderlebnisse oft genug die richtige Antwort versagt wird, aus Gründen, die bei den üblichen Anschauungen über die Verwerflichkeit außerehelicher Beziehungen nur allzu menschlich begreiflich erscheinen. Jedenfalls kann K. das unbedingte Vertrauen auf eine derartige retrospektive, auf Anamnese begründete Statistik in keiner Weise teilen.

Daß der Tripper oft zur Ausheilung kommt, und, sei es spontan, sei es durch Behandlung, seine Gefahren für das Individuum und die angetraute Gattin verliert, resp. verloren hat, ist eine allgemein bekannte Sache. Daß aber der Tripper in seinen chronischen Formen oft ungeheilt bleibt, trotz aller Verbesserungen unserer Therapie, die ein spezifisches Heilverfahren noch nicht kennt, daß viele chronische Tripper seitens ihrer Träger verkannt werden und dadurch zur Infektion junger Frauen nur allzu häufig Anlaß gegeben wird, das scheint K. durch die Erbsche Statistik zum zweiten Punkt eher bewiesen als widerlegt. Denn wenn wir auch nur



die Maßstäbe der aus Erbs eigener Statistik gezogenen Schlüsse als richtig anerkennen, sehen wir, daß aus 100 Ehen, in welchen der Mann früher tripperkrank war, 4·25 Prozent schwere gonorrhoische Erkrankungen der Frau resultieren; rechnen wir dann mit der Tatsache, welche Erb selbst aus seiner ersten Statistik gezogen hat, daß 50 Proz. aller Männer Gonorrhoe gehabt haben, so wird sich immer noch die schwerwiegende Folgerung ergeben, daß bei 100 jungen Ehefrauen 2·125 Proz. schwerere gonorrhoische Erkrankungen resultieren. Im Jahre 1891 waren 400.000 Ehen. Legen wir diese heute gewiß zu niedrige Zahl zugrunde, so wurden nach den Ergebnissen der Erbschen Statistik in diesem Jahre allein 8450 junge Ehefrauen mit schweren gonorrhoischen Erkrankungen durch die Ehe geschädigt, ein Resultat, das mir immerhin derartig zu sein scheint, daß man das durch die Gonorrhoe hervorgerufene Elend als recht bedeutend erklären muß. Dabei bleiben die im außerehelichen Verkehre vorkommenden Infektionen junger Mädchen gänzlich unberücksichtigt. — Für die Schätzung des Einflusses der Gonorrhoe auf die Bevölkerungsziffer ist die Infektion der Frau, die, wie Erb selbst zugibt, teils Sterilität, teils Einkinderehe zur Folge hat (Ausnahmen kommen vor) nicht allein entscheidend, hier spielt noch die Sterilität ex marito, Azoospermie infolge vorausgegangener Epididymitis und Orchitis, Heiratsscheu auf der Basis der Sorge wegen bestehender oder gefürchteter chronischer Gonorrhoe, eine Rolle.

Außerdem scheint K. ein Irrtumsmoment in dieser Statistik der konjugalen Gonorrhoeübertragung vorzuliegen. K. ist nicht der Meinung, daß leichtere Infektionsformen (z. B. Endometritis cervicalis gon.) ausgeschaltet werden dürfen, weil aus solchen oft von den Erkrankten lange Zeit und unbewußt getragenen Erkrankungsformen später eben doch auch noch recht schwere Unterleibsleiden sich entwickeln können. Aus der Erbschen Statistik ist aber nicht zu entnehmen, welche Stadien und welche Formen der Erkrankung vorliegen und in welcher Zeit seit der Eheschließung die Gesundheit der Frau intakt geblieben ist. So kommt K. zu dem Schlusse, daß die Statistik Erbs, wenn auch in entgegengesetzter Richtung, doch nicht weniger angreifbar erscheint, als solche anderer Autoren. Freilich ist dieser Mangel einer Statistik, die sich nicht auf Untersuchung, sondern auf Erinnerung und Erzählung stützt, nur zu begreiflich. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 51, 1906.)

*

Die Höhenausdehnung der Spinalanalgesie. Von Dr. Dönitz, Assistent. (Schluß.)

Dieser an sich nicht bedeutende Unterschied der Höhenausdehnung wird ganz auffallend vergrößert, wenn 2. im Sitzen injiziert und darauf eine der Lageänderungen vorgenommen wird. Wenn der Kranke horizontal gelagert wurde, so konnte man durchschnittlich auf eine Anästhesie bis zur Nabelhöhe rechnen. Doch reichte sie häufig auch noch höher, Die höchste Ausdehnung der Anästhesie erzielten wir 3. durch gleichzeitig angewandte starke Beckenhochlagerung. Die Gefühllosigkeit dehnte sich bis auf die Arme und eventuell auch auf den Hals aus. Einigemale mußte die Hochlagerung verringert werden, da die Anästhesie den Unterkieferrand bereits erreichte. Den Eintritt dieser höchsten Anästhesie hatten wir durch Stauungsbinde und erschwerte gewaltsame Einatmung unterstützt. Ob es in allen Fällen gelingen wird, die Anästhesie auf diese Weise bis zum Halse hinaufzutreiben, kann D. nicht angeben, da er nicht genug geeignete Fälle zur Entscheidung dieser Frage hatte. Weitere vorsichtige Versuche sind aber am Platze; besonders geeignet erscheinen Operationen am Brustkorb, z. B. ausgedehnte Rippenresektionen und Mammaamputationen. Bei letzteren reicht das Nervengebiet des Operationsfeldes nur bis zum zweiten Dorsalsegment, das auch für die Achselausräumung in Betracht kommt, so daß die Anästhesie für diese Operation nicht besonders schwierig auf spinalem Wege zu erzielen ist; aber sie ist nur für ruhige Kranke geeignet, da bei unserer geringen Dosierung wegen der starken Verdünnung des Tropakokains nur eine Analgesie eintritt. Da ferner die Analgesie in der Richtung von oben nach unten verschwindet, so beginnt man zweckmäßig die Operation mit der Ausräumung der Achselhöhle und fängt auch hier die Hautnaht an.

Diese hohen Anästhesien gaben Gelegenheit zu einigen wichtigen Beobachtungen. Wie bereits früher mitgeteilt, bewirkt Stovain motorischen Atmungsstillstand. Aus diesem Grunde mußte das Stovain durch Tropakokain ersetzt werden, das von den in Betracht kommenden Mitteln den geringsten Einfluß auf motorischem Gebiete ausübt; wenn er auch besonders bei höheren Dosen wahrnehmbar ist, so sah Kader während seiner Strumaoperation bei einer Dosis von 0·1—0·12 ab und zu Erstickungsgefühl. Eine weitere Folge ist eine allgemeine Müdigkeit, Schläfrigkeit, auch Gähnen wird oft beobachtet. Diese Erscheinungen sind vermutlich bedingt durch den Fortfall fast aller Sinneseindrücke von der Haut. Ferner geben diese hohen Anästhesien uns Aufschluß über die bisher noch strittige Frage der Ursache der Begleiterscheinungen, Erbrechen, Gesichtsblässe, Schweißausbruch usw. Die einen nehmen zur Erklärung eine direkte Vergiftung des Gehirns und des längeren Markes an, die anderen halten die Erscheinungen für eine Folge der Aufnahme des Giftes in den Blutkreislauf, also als Zeichen einer Allgemeinvergiftung. Bei den hohen Anästhesien wird die Medulla geradezu von dem vergifteten Liquor umspült, und wenn daher das Anästhetikum direkt auf das Zentralorgan einwirken würde, so müßten die heftigsten Erscheinungen die Folge sein. Dies ist nicht der Fall; im Gegenteil haben wir bei hohen und totalen Anästhesien Erbrechen nie beobachtet. Hiemit dürfte die Frage eindeutig im Sinne einer Allgemeinvergiftung durch die Blutbahn entschieden sein. Wenn man in der Kokainära oft bei hohen Anästhesien das Eintreten von Erbrechen beobachtete, so war das Erbrechen häufig nicht die Folge zu hoher Anästhesien, sondern umgekehrt, weil Erbrechen auftrat, stieg die Anästhesie hoch hinauf. Auch darf die Tatsache nicht unbeachtet bleiben, daß mit der Höhe der Anästhesie auch die resorbierende Fläche der Hirnhäute zunimmt.

Man hat die Erfahrung gemacht, daß alte Leute die spinale Analgesierung besser vertragen als junge Menschen. Diese Angabe ist nur im allgemeinen zutreffend und muß genauer präzisiert werden: bei alten Leuten sind die Nacherscheinungen geringer, die Anästhesie selbst intensiver und länger anhaltend. Bei hohen Anästhesien ist diese intensivere Einwirkung nicht bedeutungslos, besonders da im Alter die Atmungsmuskeln schwächer, der Thorax rigider ist und häufig Emphysem besteht; kommt hiezu noch eine Parese der Atmungsmuskeln, so darf jedenfalls die Gefahr der hohen Anästhesie bei alten Leuten nicht unterschätzt werden. Man kann also sagen: die untere Hälfte des Lumbalsackes ist bei alten Leuten, die obere dagegen bei jüngeren Menschen geeigneter für die Lumbalanästhesie, was die akuten Gefahren anlangt. Die Nacherscheinungen sind in beiden Fällen bei alten Leuten durchschnittlich geringer.

Die Erfahrungen mit den verdünnten Lösungen haben wir auch für die Operationen an tieferen Körperteilen — Bauch, Beine — mit Vorteil verwertet. Früher nämlich hielten wir es für wünschenswert, die Anästhesie möglichst auf das Operationsfeld zu beschränken. Wenn dies Postulat auch theoretisch immer noch zu Recht besteht, so hat die Erfahrung doch gelehrt, einmal, daß dies Ziel in einer großen Zahl von Fällen sich nicht erreichen läßt, und zweitens, daß die dazu notwendige Prüfung der Ausbreitung der Anästhesie und die Regulierung der Beckenhochlagerung praktisch zu viel Aufmerksamkeit erfordert und daher der Forderung möglichster technischer Einfachheit nicht entspricht. Aus diesen Gründen ziehen wir es jetzt vor, durch Verwendung mehrerer Kubikzentimeter Liquor die Anästhesie eine größere Strecke weit über das Operationsfeld hinaus auszudehnen: die Anästhesien werden dadurch qualitativ besser, Mißerfolge seltener und die Prüfung der Ausbreitung der Anästhesie wird bedeutend vereinfacht, da in der Mehrzahl der Fälle eine einmalige Prüfung der Reflexe nach 1—2 Minuten genügt und eine



nachträgliche Regulierung der Beckenhochlagerung nur selten notwendig wird.

Im einzelnen verfahren wir folgendermaßen:

Für Operationen am Damm ist die Verdünnung mit Liquor unnötig, man kann also für sie die Rekordspritze zu 2 *cm*³ verwenden, ja wenn wir aus irgendwelchen Gründen ein zu hohes Hinaufsteigen der Anästhesie vermeiden wollen (bei alten Leuten, bei großer Herzschwäche usw.), so machen wir die Injektion auch im Liegen und beschränken dadurch die Anästhesie auf das unterste Körperende. Für Operationen am Bein saugen wir zirka 3—5 *cm*³ an, für Herniotomie, Appendizitis-Nierenoperationen und dgl. 6—8—10 *cm*³. Im übrigen bleibt die Technik und die Dosierung dieselbe, nur kann im allgemeinen die Beckenhochlagerung etwas geringer gewählt werden. Höchste Anästhesien: Umlegen einer Staubinde, Injektion von 5—6 *cg* Tropakokain in 10 *cm*³ Liquor; Abnahme der Binde; stärkste Kadersche Lagerung; erschwerte gewaltsame Inspiration. Eine geringe Steigerung der Dosierung wird sich hier möglicherweise zur Verlängerung der Analgesien als empfehlenswert erweisen.

Die Gründe, die uns veranlaßt haben, das Stovain, mit dem wir so gute Resultate hatten, durch Tropakokain zu ersetzen, sind: 1. der bedeutend geringere, wenn auch nicht ganz fehlende Einfluß auf die Atmungsmuskulatur (s. o.); 2. der Fortfall der Augenmuskellähmungen bei Stovain und Novokain (zwei Fälle eigener Beobachtung bei Stovain); 3. Begleit- und Nacherscheinungen stellen sich noch günstiger als bei Stovain; Erbrechen bei der Operation gehört zu den größten Seltenheiten; 4. obwohl wir keine Erfahrung mit der Lumbalanästhesie in der Geburtshilfe haben, glaubt D. doch, daß das Tropakokain wegen seines geringeren Einflusses auf die Muskelkraft die Wirkung der Preßwehen weniger beeinträchtigt. In manchen Fällen allerdings ist gerade eine lähmende Wirkung (Stovain) erwünscht, z. B. bei Einrichtungen von Frakturen und Luxationen.

Wir verwenden das Tropakokain in 5%iger Lösung, da diese (wie auch die 5%ige Stovainlösung) auch ohne Zusatz von Kochsalz isotonisch ist und da die Normaldosis von 5 *cg* gerade in einem Kubikzentimeter enthalten ist. Die Lösung wird in Glastuben zu 1·25 *cm*³ gebrauchsfertig sterilisiert in den Handel gebracht (von Pohl in Schönbaum, Bez. Danzig), von denen jedoch nur 1 *cm*³ injiziert werden. Man bedarf einer 10 *cm*³ haltenden Rekordspritze. Sie hat den einen Übelstand, daß der Teilstrich 1, den man gerade zur Einfüllung der Tropakokainlösung gebraucht, durch die Metallfassung verdeckt ist. Es empfiehlt sich daher, die Spritze derart eichen zu lassen, daß der erste *cm*³ durch einen besonderen Strich entsprechend dem hinteren Rande des Stempels markiert wird. Bevor wir diese Marke hatten anbringen lassen, erlebten wir eine Anzahl von Mißerfolgen, die durch zu geringe Dosierung bedingt waren. Nachdem die Punktion in gewohnter Weise ausgeführt ist, wird die mit 1 *cm*³ Tropakokainlösung beschickte Spritze angesetzt und der Liquor in der nötigen Menge langsam angesaugt und darauf langsam wieder zurückgespritzt. Schnelles Einspritzen ist wegen der mechanischen Schädigungen der Kauda zu vermeiden. In seltenen Fällen kommt der Liquor trotz regelrechter Punktion nur tropfenweise; doch kann man stets 10 *cm*³ gewinnen, es dauert nur sehr lange. Die Anästhesien sind in solchen Fällen trotz des langsamen Liquorabflusses einwandfrei. Zu der Regel, nicht eher zu injizieren, bevor der Liquor frei abströmt, ist daher der Zusatz zu machen, daß die Injektion unter diesen Umständen, das heißt auch wenn der Liquor nur langsam tropfend abfließt, doch gestattet ist, wenn man sicher ist, daß die Nadelspitze sich am hintersten Umfange des Arachnoidalsackes befindet. Wenn man im Liegen Liquor aspiriert, so dauert dies im Durchschnitt länger, da die Öffnung der Kanüle sich für kurze Zeit mit Elementen der Kauda verlegt, bis wieder hinreichend Liquor nachgesickert ist; die Erscheinung ist eine Folge des geringen Liquordruckes im Liegen. Eine Durchsicht der Literatur zeigt, daß man in neuerer Zeit zur Verwendung größerer Liquormengen neigt. Wir glauben die Liquormengen in der oben angegebenen Weise individualisieren zu müssen. (Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 48.)

III. Aus der Praxis.

Die Anwendung des Antibex in der Praxis.

Eines der schwierigsten Kapitel in der Kinderheilkunde bietet entschieden die Behandlung des Keuchhustens. Allerdings sind außerordentlich viele Präparate zur Bekämpfung desselben in Verkehr, allein jeder Kollege, der wiederholt in die Lage kommt, eines oder das andere derselben anzuwenden, wird ohne weiteres deren Unzulänglichkeit erkennen müssen. Dies hat nun zur Folge, daß wir in den meisten Fällen von jeder internen Medikation absehen und uns auf diätetische Maßnahmen beschränken. Wir schicken das Kind viel ins Freie und verordnen, wo es äußere Verhältnisse gestatten, Luftveränderung usw.

In neuester Zeit scheint es nun einem Schweizer Kollegen gelungen zu sein, ein Präparat zu erzeugen, das in der Bekämpfung der Symptome des Keuchhustens eine hervorragende Rolle zu spielen berufen sein dürfte.

Es ist dies das von Dr. Wangler hergestellte Antibex (Extr. serpyll. sach.)

Auf Grund jahrelanger Erfahrungen zusammengestellt, hat das Präparat in mehreren hunderten Fällen von Pertussis sehr gute Dienste geleistet. Die Wirkung charakterisiert sich 1. in der Herabsetzung der Zahl der Anfälle, 2. in der Verminderung der Intensität derselben.

Während des Gebrauches des Antibex sind Erscheinungen, wie Hämatoma subconjunctivale, Zerreißung des Zungenbändchens usw. förmlich ausgeschlossen. Auch die Dauer der Erkrankung erfährt eine außerordentlich günstige Beeinflussung und dauerte keine einzige Erkrankung länger als 14 Tage.

Von verschiedenen Seiten wird über gute Erfahrungen mit Antibex bei einer anderen Reflexneurose, bei Asthma nervosum berichtet. Es scheint auch hier die Anwendung des Antibex zu den schönsten Hoffnungen zu berechtigen, doch ist das vorliegende Material zu gering, um ein endgültiges Urteil zu gestatten und werden wir hierauf bei einer zweiten Publikation zurückzukommen Gelegenheit haben.

Der Hauptvorzug des Antibex gegenüber allen anderen Präparaten auf diesem Gebiete, scheint darin zu liegen, daß dasselbe von ganz frischen Kräutern bereitet ist und von jedem Narkotikum, überhaupt von jeder dynamisch wirkenden Substanz frei ist.

Das ganze Geheimnis der Zusammensetzung besteht darin, daß es aus grünen, frischen Kräutern (Tymus Serpyllum) unserer Schweizer Alpen hergestellt ist, allerdings nach speziell erprobten Verfahren, daher auch eine prompte und nie versagende Wirkung bei wirklicher Pertussis.

Antibex ist tatsächlich nicht in hunderten, sondern in tausenden von Fällen erprobt.

Über Beseitigung der Dyspepsie bei konstitutionellen, chronischen und akuten Krankheiten. Von Dr. Robert Thomalla, Berlin. (Therapeutische Monatshefte, XII. Jahrgang, November 1899.)

Das Resultat der chemischen Untersuchung Extractum Chinae Nanning ergab folgende Vorzüge:

1. Der Alkaloidgehalt ist fast konstant und beträgt 5%.

2. Alle wirksamen Bestandteile der roten Chinarinde befinden sich in gelöstem Zustande im Präparat.

3. Alle nicht wirksamen, also nutzlosen und den Magen beschwerenden Substanzen sind ausgeschieden.

4. Die in den Rinden vorhandene Chinagerbsäure ist nicht in Chinarot umgesetzt, sondern in gelöster Form vorhanden.

Auf Grund dieser Untersuchung und der Anempfehlung einer Reihe von Autoren (Neusser, Maxim, Sternberg usw.) entschloß sich Th. zu einer eingehenden Erprobung des Mittels.



Th. wandte das Extractum Chin. Nanning zunächst in mehreren Fällen von Dyspepsie bei Bleichsüchtigen an, da gerade hier der so häufig auftretende chronische Magenkatarrh direkt einen Widerwillen gegen Speisen jeder Art erzeugt und dadurch eine Heilung erschwert, wenn nicht unmöglich macht. Nach kurzer Zeit erreichte Th. nach Verordnung des Nanningschen Extraktes in allen Fällen eine Beseitigung der Dyspepsie. Einige von den weiblichen Patienten hatten heftige dysmenorrhoische Beschwerden und kolikartige Schmerzen im Unterleibe.

Th. hatte nun die Freude, daß auf Nanning diese Beschwerden behoben wurden. Besonders auf diesen Punkt lenkt er die Aufmerksamkeit der Fachkollegen. Ebenso günstig war der Einfluß bei der Appetitlosigkeit der Skrophulösen und Nervösen. Bei Kindern fügte Th. als Corrigens etwas Syr. cort. aurant. hinzu und erzielte stets gute Erfolge. Ebenso bewährte sich Nanning bei Wundkranken und Fiebernden, deren Appetit darniederlag und die an Verdauungsbeschwerden litten.

Th. sieht jetzt auf eine Erprobung in zirka 100 Fällen zurück und fordert daher die Kollegen zu weiteren Untersuchungen auf.

Klinische Kasuistik aus der Praxis. Von Prof. Wilh. Erb in Heidelberg.

I. Poliomyelitis anterior acuta superior.

E. versteht darunter Fälle von akuter Poliomyelitis mit vorwiegender Lokalisation im Zervikalmark bis hinauf zu den obersten Zervikalsegmenten und zum Teil bis hinein in die Oblongata mit Beteiligung einzelner Hirnnerven. Im allgemeinen schon sind die unteren Extremitäten um ein mehrfaches häufiger betroffen als die oberen. Nach Oppenheim wird nur „ganz ausnahmsweise einer der motorischen Hirnnerven mitbetroffen"; die Atmungs- und Herztätigkeit, das Diaphragma werden garnicht erwähnt. In H.'s „Rückenmarkskrankheiten" ist nur von gelegentlicher Lähmung der Nackenmuskeln die Rede, die Hirnnerven werden garnicht angeführt; Gowers erwähnt im Beginn manchmal Diplopie, später Schwäche der Nackenmuskeln und Erschwerung des Schluckens; aber die „Hirnnerven bleiben frei."

Und doch sind wohl diese Vorkommnisse nicht ganz so selten, wie es nach den Lehrbüchern scheinen mag; sie segeln aber wohl meist unter anderer Flagge, werden für Paralysis ascendens acuta, für akute Bulbärparalyse u. dergl. gehalten.

II. Zum Kapitel der angiosklerotischen Störungen der unteren Extremitäten („intermittierendes Hinken" usw.).

Es gibt Fälle genug, in welchen das Krankheitsbild durchaus nicht das typische des „intermittierenden Hinkens" ist, und in denen man schließlich doch an dem Fehlen oder der Schwäche der Fußpulse das Vorhandensein zirkulatorischer Störungen erkennt, die zweifellos in frühen Stadien gebessert werden können.

Nun gibt es aber auch Fälle mit anscheinend typischen Störungen, bei denen aber die Fußpulse nicht verändert erscheinen; E. hat auf solche schon in seiner ersten großen Arbeit hingewiesen. Französische Autoren (Dejerine, Grasset) haben neuerdings den Versuch gemacht, diese Fälle auf analoge Störungen der Zirkulation im zentralen Nervensystem zurückzuführen, wie wir sie bei dem typischen intermittierenden Hinken in den Muskeln und Nerven der Unterschenkel annehmen und finden. Sie sprechen von einem „intermittierenden Hinken des Rückenmarks", „des Mittelhirns und der Oblongata", „des Großhirns" usw. Grasset besonders hat dies in einer sehr weitgehenden Weise chematisiert und spezialisiert; in ähnlicher Weise hat man ja auch schon längst die Angina pectoris als „intermittierendes Hinken des Herzens", gewisse Darmstörungen als „intermittierendes Hinken der Darmwand" aufgefaßt.

Die Therapie des Leidens besteht in Jodbehandlung, dafür in dem Sajodin für den innerlichen Gebrauch und den Jothainsalben für die äußere Anwendung neue und brauchbare Modifikationen gegeben sind. (Deutsche medizinische Wochenschrift Nr. 47.)

IV. Notizen.

Neuwahlen der Wiener Ärztekammer. Folgende Kandidatenliste wird als Kompromiß nach langen Verhandlungen empfohlen: Als Kammermitglieder die Doktoren Moriz Bauer, Rudolf Bayer, Hans Bichler, Ernest Finger, Ludwig Frey, Paul Frühmann, Karl Friedrich v. Gecz, Heinrich Grün, Ad. Gruß, Herm. v. Hauschka, August v. Hayek, Willy Herz-Fränkl, Rudolf Jahn, Josef Krips, Isidor Lamberger, Moriz Laub, Samuel Lichtenstein, Heinrich Löwenstein, Josef Meyer, Eduard Requier, Alexander Reumann, Karl Rimböck, Rudolf Savor, Moriz T. Schnirer, Friedrich Steuer, Ludwig Stricker, Norbert Svoboda, Josef Theuen, Thomas Weber; als Stellvertreter: Victor Mucha, Hugo Frey, Theodor

v. Geuser, Eduard Deutsch, Karl Mohilla, Jakob Werber, Samuel Russ, Bernhard Joachimovicz, Josef Roszas, Eduard Friedl, Karl Kristinus, Oskar Rie, Julius Brandl, Victor Theil, Julius Schaffran, Heinrich Haase, Josef Stritzko, Alfred Wiesenthal, Albert Preis, Rudolf Neurath, Alois Gruber, Lambert Jellinek, Julius v. Lindhout, Norbert Kanitz, Karl v. Hoffmann, Richard Back, Max Jerusalem, Alfred Dobrowsky, Ignaz Winter.

Rücktritt des Professors Politzer. Auf der Universitätsohrenklinik im Allgemeinen Krankenhause zog am 1. Oktober d. J. ein neuer Leiter ein. Prof. Dr. Adam Politzer, der seit 34 Jahren als Chef der Klinik wirkte, trat mit Absolvierung des akademischen Ehrenjahres von der Lehrtätigkeit zurück und übergab seine Stelle dem Prof. Viktor Urbantschitsch, bisherigem Leiter der Ohrenabteilung der Poliklinik. Mit Hofrat Politzer scheidet einer der verdienstvollsten Männer der Wissenschaft von der Universität. Ein Schüler Skodas, Rokitanskys, Oppolzers und C. Ludwigs war es ihm gegönnt, die Wiener Universität in ihrer Glanzepoche zu frequentieren. Und als dann nach der Lernarbeit die Lehrarbeit kam, verpflanzte Politzer die große Denkungsart seiner Lehrer in seine eigene Disziplin: in die Ohrenheilkunde, die, als Politzer sich habilitierte, noch in ihren Anfängen stand. Politzer war auf seinem Gebiete ein hervorragender Lehrer und hochverdienter Forscher. Wenn die Ohrenheilkunde heute auf demselben hohen wissenschaftlichen Niveau steht, wie die übrigen klinischen Lehrgegenstände, so ist dies zu allererst dem scheidenden Meister zu verdanken. Sein Hauptwerk, das „Lehrbuch der Ohrenheilkunde“, das in viele Sprachen übersetzt wurde, bildet einen eisernen Bestand des Lehrfaches. Seine Klinik wurde mit der Zeit ein Rendezvousort der Ohrenärzte aller Länder. Aus England und Deutschland, Frankreich und Italien, aus der Schweiz und den Vereinigten Staaten kamen Ärzte zum Studium. Auch die Privatpraxis Prof. Politzers war eine sehr große. Auf der Klinik, die er nun verläßt, hat er für sich ein bleibendes Erinnerungszeichen geschaffen durch die von ihm angelegte, sehr reichhaltige Sammlung anatomischer und patholog.-anatom. Präparate des Gehörorganes.

V. Eingesendet.

Konkursausschreibung. Im Ackerbauministerium ist die Stelle eines Konsulenten für das Sanitätswesen erledigt. Mit dieser Stelle sind der Rang und die Bezüge der achten Rangsklasse der Staatsbeamten, letztere bestehend aus dem Gehalte jährlicher 1380 K verbunden. Außerdem gebührt dem Konsulenten die der achten Rangsklasse entsprechende Vergütung der Kosten von Dienstreisen. Dem Konsulenten obliegt die eingehende Kontrolle über den Sanitätsdienst bei den ärarischen Montanwerken und im Bereiche des staatlichen und Fondsbesitzes an Forsten und Domänen, die Prüfung der Kur- und Medikamentenkosten „in linea medica“ und die Abgabe von Fachgutachten in hygienischen und ärztlichen Fragen, die sich innerhalb des Ressorts des Ackerbauministeriums fallweise ergeben. Bewerber um diese Stelle haben den Nachweis über den an einer inländischen Universität erworbenen Grad eines Doktors der gesamten Heilkunde, über eine mindestens zweijährige spitalsärztliche Praxis, eventuell über Verwendung im öffentlichen Sanitätsdienste, über die Ablegung der in der Ministerialverordnung vom 21. März 1873, R. G. Bl. Nr. 37 vorgesehenen Prüfung („Physikatsprüfung“), dann über eingehende praktische Kenntnisse auf dem Gebiete der sanitären Arbeiterfürsorge, endlich über die volle körperliche Rüstigkeit beizubringen. Bewerber, welche noch nicht im Staatsdienste stehen, haben überdies den Geburts- und den Heimatsschein vorzulegen. Die so instruierten Gesuche sind bis längstens 31. Oktober l. J. an das Präsidium des Ackerbauministeriums zu leiten.

VI. Offene Stellen.

Primararztesstelle. Im Status der Abteilungsvorstände der Wiener k. k. Krankenanstalten ist eine Primararztesstelle zweiter Klasse, zugleich Vorstandes einer medizinischen Abteilung mit dem Range der achten und den Bezügen der neunten Rangsklasse, d. i. dem Gehalte jährlicher 2800 K mit vier Triennalzulagen zu je 200 K und der Aktivitätszulage jährlicher 1200 K zu besetzen. Bewerber um diese Stelle haben ihren vorschriftsmäßig gestempelten Gesuchen den Tauf- und Geburtsschein, den Heimatschein, das Diplom über die Erlangung des Doktorgrades der gesamten Heilkunde an einer österreichischen Universität, sowie die sonstigen Dienstesdokumente und Nachweise über ihre theoretische und praktische Vorbildung anzuschließen. Die Gesuche sind, wenn die Bewerber bereits im öffentlichen Dienste stehen, im Wege der vorgesetzten Dienstbehörde, sonst unter Anschluß eines amtsärztlichen Gesundheitszeugnisses, sowie eines legalen Sittenzeugnisses unmittelbar bei der Einlaufstelle der k. k. n.-ö. Statthalterei (I., Herrengasse 11) bis spätestens 31. Oktober 1907 einzubringen.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Nr. 44. Wien, 2. November 1907. Nr. 44.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Beitrag zur Kenntnis von den toxischen Kehlkopflähmungen.*)

Von **Prof. O. Seifert**, Würzburg.

In der Arbeit über die toxischen Lähmungen der Kehlkopfmuskulatur ist bis zum Jahre 1896 von Heymann[1]) die ganze auf diese Frage bezügliche Literatur berücksichtigt, so daß ich die Interessenten auf diesen Aufsatz verweisen muß. Heymann fügt den bis dahin in der Literatur bekannt gewordenen Fällen noch vier aus eigener Beobachtung hinzu, von denen drei durch Bleivergiftung und einer durch Arsenikvergiftung entstanden waren. In der Bearbeitung der Nervenkrankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre in Heymanns Handbuch weist Semon[2]) darauf hin, daß die seltenen toxischen Kehlkopflähmungen, welche nach Vergiftung mit Blei, Arsenik, Atropin, beobachtet sind, gewöhnlich in einer peripheren Neuritis ihre Grundlage haben dürften.

Die neuere Literatur ist ebenso arm an Beobachtungen über toxische Kehlkopflähmungen wie die ältere Literatur. Culp[3]) berichtet über einen Fall, in welchem es sich um einen an linksseitiger Rekurrenslähmung erkrankten 36jährigen Mann handelte, der nach Verlauf von sechs Monaten geheilt wurde. Es scheint, daß es sich hier um eine periphere Neuritis des n. recurrens durch Alkohol oder Tabak handelte. In dem Referate über die Arbeit von Williams[4]) (Intern. Zentralbl. f. Laryngologie) finden sich nur therapeutische Angaben, keine Notizen über die Ätiologie der toxischen Kehlkopflähmungen. Gleitsmann[5]) führt unter den toxischen Ursachen für Kehlkopflähmungen nur Blei an. In dem von Davidsohn[6]) vorgestellten Falle von linksseitiger Stimmbandlähmung handelte es sich wahrscheinlich um Bleivergiftung; in einem Falle von Chodzko[7]), der ein 19jähriges Mädchen betraf, waren außer den beiden recurrentes noch verschiedene Extremitätenmuskeln und -Nerven beteiligt (Polyneuritis saturnina). Exitus, Autopsie wurde nicht ausgeführt.

Bei der Seltenheit der toxischen Kehlkopflähmungen dürfte die Mitteilung eines weiteren Falles, den ich im Jahre 1905 zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit hatte, nicht ohne Interesse sein.

H. Bauer, 48 Jahre alt, tritt am 1. November 1905 in Behandlung mit folgenden Angaben: Bis Ende September völlige Gesundheit, er hat niemals eine schwere Erkrankung durchgemacht. Seine Stimme war stets hell und klar, er war als erster Tenorist eine Hauptstütze des Gesangvereins in seinem Heimatsorte. Ende September hatte er an einem windigen Tage die Wintersaat zu bestellen, wobei ihm den ganzen Tag der Getreidestaub in das Gesicht getrieben wurde. Das Saatgetreide (Weizen) war vorher mit einer Lösung von Kupfervitriol besprengt und dann getrocknet worden, so daß er nicht nur den Acker- und Samenstaub, sondern auch den Kupferstaub einatmete resp. verschluckte. Noch am Abend desselben Tages erkrankte er unter den schwersten Erscheinungen einer akuten Gastro-Enteritis, bestehend in heftigem Erbrechen und Durchfällen mit starken Kolikschmerzen. Dieser Zustand dauerte einige Tage an und erst nach Verlauf von 14 Tagen hatte er sich von diesen Zufällen wieder ganz erholt. Nun kam aber ganz plötzlich eine schwere Stimmstörung, er konnte nicht mehr laut sprechen, noch weniger singen.

Am 1. November folgendes Status: Patient mittelgroß, blühend aussehend, sehr kräftig gebaut. Brustorgane, Zirkulationsapparat vollkommen normal, Urin frei von Eiweiß, von Zucker, keine Struma, keine Drüsenschwellung am Halse. Die Stimme unrein, heiser, leicht ins Falset überschlagend. Laryngoskopisch ergibt sich vollkommen normale Funktion des rechten Stimmbandes, während das linke Stimmband in Kadaverstellung steht. Auch die tracheoskopische Untersuchung und die Sondierung der Speiseröhre ergibt vollkommen normale Verhältnisse.

Vom 20. November bis 16. Dezember behielt ich den Patienten dauernd in Behandlung, um mit ihm eine Massagekur mit Stimmübungen und perkutaner Faradisation vorzunehmen. Gegen Ende der Behandlung besserte sich die Stimme, wurde lauter und reiner, schlug weniger leicht

*) Vortrag, gehalten auf der 14. Versammlung süddeutscher Laryngologen, Heidelberg 1907.
[1]) Heyman- Fraenkels Arch. Bd. V. 1896.
[2]) Heymanns Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, Bd. I, 1896.
[3]) Culp: New York med. Journ. 3. XI. 1900.
[4]) Williams: New York med. Record, 3. XI. 1900.
[5]) Gleitsmann: New York med. Record, 21. XII. 1901.
[6]) Davidsohn: Berl. Laryngol. Gesellsch. 20. I. 1905.
[7]) Chodzko: Czasopisma Lekarsk. 7.—10. 1905.

ins Falset um, so daß ich den Patienten nach Hause entlassen konnte. Die weitere Ordination für die häusliche Behandlung bestand nur in der Darreichung von kleinen Dosen Jodkali.

Schon bei der ersten Vorstellung, die auch bei der sorgfältigsten Untersuchung keinerlei zentrale oder periphere mechanische Ursache für die linksseitige Rekurrenslähmung ergab, stellte ich die Prognose als absolut günstig hin und gab dem Patienten die Versicherung, daß er in kurzer Zeit seine normale Stimme wieder bekommen würde. Die wesentliche Besserung der Stimme zu Ende der Behandlung bestätigte meine Anschauung über die günstige Prognose. Bei der Entlassung am 16. Dezember war laryngoskopisch schon eine geringe Beweglichkeit des linken Stimmbandes nachweisbar. Am 8. Februar 1906 stellte sich Patient wieder vor mit vollkommen klarer normaler Stimme; auch das Singen war wieder möglich, wenn auch stärkere Anstrengungen noch lebhaftes Ermüdungsgefühl hervorriefen. Die Bewegungen des linken Stimmbandes bei Phonation und Respiration ließen keinerlei Unterschied gegenüber dem rechten erkennen. Zum letztenmale sah ich den Patienten am 15. Dezember 1906 und konnte vollkommen normales Verhalten des Allgemeinbefindens sowie des Kehlkopfes konstatieren. (Schluß folgt.)

Internationale Tuberkulosekonferenz.

(Schluß.)

Professor Dr. Pannwitz, Berlin, erstattete sodann das einleitende Referat über die Frage der Heilstättenkosten und stellte folgende Leitsätze auf: Volksheilstätten für die hygienisch-diätetische Behandlung unbemittelter Lungenkranker sind ein wesentlicher Bestandteil der Tuberkulose-Einrichtungen unseres Zeitalters. Die Gesamtwirkung der Lungenheilsätte beruht auf der längere Zeit fortgesetzten ärztlichen Anstaltsbehandlung. Da die Bekämpfung der Tuberkulose große finanzielle Opfer seitens der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege erfordert, so ist bei der Disposition über die verfügbaren Mittel mit besonderer Vorsicht zu verfahren und für die einzelnen Tuberkuloseeinrichtungen ein gewisses Normalmaß festzustellen. Die Heilstätten sind keine allgemeinen Krankenanstalten nach neuzeitlichen Anforderungen, sondern hygienisch angelegte und betriebene Häuser, in denen der Lungenkranke vor allem gesundes Wohnen erlernen soll. Bei Volksheilstätten hat deshalb die Projektierung von Bau und Einrichtung normaler Wohnhäuser auszugehen, in deren allgemeine hygienische Verhältnisse der Heilstättenbewohner nach seiner Entlassung zurückkehrt, nicht von Bau und Einrichtung des modernen Krankenhauses. Für Volksheilstätten ist auf Grund der bisherigen Erfahrungen das Bauprogramm und das Mindestmaß an hygienischen Anforderungen als feststehend zu betrachten. Die allgemeinen Bauverhältnisse sollen durch zweckmäßige Wahl des Bauplatzes möglichst einfach gestaltet werden. Die bauliche und technische Ausführungsweise soll nur klimatischen Rücksichten, nicht subjektiver Geschmacksrichtung unterliegen. Bei voller Erfüllung des Anstaltszweckes können Heilstätten für durchschnittlich 5000 K pro Bett errichtet werden, ein Kostenaufwand, dessen Überschreitung in mäßigen Grenzen sich nur durch besondere lokale Schwierigkeiten, nicht durch bautechnische Rücksichten oder Privatansichten über Hygiene begründen läßt.

Es sprachen hierauf Professor Williams, London, und Hofrat Professor R. v. Schrötter, der betonte, daß die Lungenheilstätten mit einer gewissen Annehmlichkeit ausgestattet sein sollen.

Dr. A. Taussig, Prag, meinte, daß die Volksheilstätten auch auf billige Weise herzustellen seien. Durch die prunkvollen und teueren Sanatorien würden die staatlichen Behörden einfach abgeschreckt, Volksheilstätten zu errichten. Redner verwies auf Böhmen, das bei einer Einwohnerzahl von über sechs Millionen im ganzen etwa nur drei oder vier kleine Heilstätten besitze und trat schließlich dafür ein, die Krankenversicherung auf eine breitere Basis zu stellen.

Sanitätsrat Dr. Altschul, Prag, befürwortete die Wahl einer Kommission, die sich auch dafür einsetzen möge, daß neben den großen Sanatorien auch kleine Kolonien auf dem Lande errichtet werden sollen. Diese verursachen sehr geringe Kosten und können wohl auch der Privatwohltätigkeit zur Last gelegt werden.

Es sprach dann noch Generalarzt Dr. Werner, Berlin, worauf der Referent Professor Dr. Pannwitz, Charlottenburg, in seinem Schlußworte den Antrag stellte, die internationale Vereinigung möge eine Kommission einsetzen, die die Mindestanforderungen für Volksheilstätten in hygienischer und wirtschaftlicher Beziehung festzusetzen haben. Diesem Vorschlage wurde zugestimmt.

In der Nachmittagssitzung überbrachte Dr. Flick, Philadelphia, der Konferenz die Einladung zu dem im Jahre 1908 in Washington stattfindenden Tuberkulosekongreß. Der Kongreß werde für seine wissenschaftlichen Arbeiten in Washington eine Woche beanspruchen, zwei Wochen werden Reisen der Kongreßteilnehmer gewidmet sein.

Die Einladung Dr. Flicks wurde vom Kongreß mit lebhaftem Beifalle aufgenommen.

Es wurden hierauf die Beratungen fortgesetzt. Dr. von Pirquet, Wien, demonstrierte an vier Kindern Tuberkuloseerscheinungen, Dozent Dr. Bartel, Wien, und Direktor Chabas, Valencia, hielten wissenschaftliche Vorträge über die Infektionswege der Tuberkulose.

Die Ergebnisse der Diskussion.

Hofrat v. Schrötter erklärte, die Diskussion habe ergeben, daß nicht bloß im Wege der Einatmung eine Infektion mit Tuberkulose erfolgen kann, sondern auch vom Darm aus, und daß es auch noch andere Infektionswege gibt. Aber kein Mensch kann heute sagen, was in dem einzelnen Falle mit Bestimmtheit geschehen ist. Wir sind erst am Beginne des Lernens.

Direktor Sorgo, Chefarzt der Heilanstalt Alland, führte aus: Als sicheres Resultat der Beratungen des Kongresses kann wohl ausgesprochen werden, daß Lungentuberkulose auf sehr verschiedenen Infektionswegen entstehen kann. Erkennen wir dies an, so muß sich unsere bisherige Anschauung über das ursächliche Verhältnis zwischen Lungentuberkulose und Infektionsweg ändern. Für die Entstehung der Lungenphtise kann der Infektionsweg nicht mehr ausschlaggebende Bedeutung haben. Nicht der Infektionsweg ist ausschlaggebend, sondern vor allem die Giftigkeit des Infektionsstoffes zum vorhandenen Immunitätsgrade des betreffenden Individuums. Von dieser Anschauung ausgehend, regte Redner zum Schlusse an, es mögen die Ursachen der Lungendisposition zur Tuberkulose auf die Tagesordnung der nächsten Konferenz gestellt werden.

Professor. Dr. Schloßmann, Düsseldorf, sagte: Der große Fortschritt, den wir in zwei Jahren gemacht haben, bedeutet eigentlich einen Rückschritt, und an Stelle des Inhalationsdogmas ist ein einfaches „Ignoramus“ getreten. Wir müssen die ganze Frage von Grund auf neu prüfen. Mit Hilfe von Experimenten kann man viele einzelne Fragen lösen, aber nicht das Problem des menschlichen Organismus. Bei der Entstehung der Tuberkulose müssen wir das früheste Kindesalter ins Auge fassen, in dem uns die reinste Form von Tuberkulose, durch nichts kompliziert, entgegentritt. Nach meiner subjektiven Anschauung dürfte das Inhalationsdogma bald gestürzt sein.

Nach Schluß der Nachmittagssitzung fand eine Besichtigung des Serotherapeutischen Instituts und des Kaiser Franz Josef-Spitals statt.

*

Der letzte Tag der Konferenz war einer Reihe von freien Vorträgen gewidmet.

Dr. Neubecker, Charlottenburg, beleuchtete das Problem der Tuberkulosebekämpfung vom juristischen Standpunkte aus. Spezielle Bestimmungen weisen hier namentlich

die Gesetzgebungen von Dänemark und Finnland auf, so insbesondere gegen den Verkauf verseuchter Tiere, während die bezüglichen Vorschriften in Österreich und Deutschland nicht genug energisch seien. Von besonderem Interesse waren die Ausführungen des Redners über die Bedeutung der Tuberkulose für das Familien- und Eherecht. Nach einigen Rechten kann die Ehe angefochten werden, wenn der eine Teil zur Zeit der Eheschließung tuberkulös war; nach österreichischem Rechte ist dies nicht der Fall. Bezüglich der Scheidung sagt das dänische Gesetz, daß ansteckende Krankheiten, die erst nach der Eheschließung entstanden sind, mit christlicher Demut getragen werden müßten. Dieser Anschauung schließt sich überhaupt das europäische Recht an. Bezüglich des Verhältnisses zwischen Eltern und Kindern lassen es die bestehenden Gesetze zu, daß die Kinder, um sie vor Ansteckung mit Tuberkulose zu schützen, den Eltern weggenommen werden. Die Behörden können dies, ob sie es aber wirklich tun, ist eine andere Frage. Zum Schlusse warnte Dr. Neubecker die Ärzte, gleich nach der Gesetzgebung zu rufen.

Unbegründete Furcht vor Übertragung durch Milch.

Professor Dr. O. Medin, Stockholm, hielt einen Vortrag über die unbegründete Furcht vor Übertragung der Tuberkulose durch Kuhmilh auf Kinder. Die Ausführungen gipfelten in folgenden Leitsätzen: Die Frage betreffend die Übertragung der Tuberkulose durch Kuhmilch auf Kinder ist durchaus nicht eine ausschließlich bakteriologische. Man muß auf die klinische Erfahrung mehr Rücksicht nehmen, als dies sonst geschieht. Aus dem Allgemeinen Kinderhause in Stockholm liegt eine reiche Erfahrung von Tuberkulose bei Kindern im ersten Lebensjahre vor. Unter 7500 in den Jahren 1842 bis 1906 verstorbenen solchen Kindern waren 595 nach genau geführten Obduktionsberichten mit Tuberkulose behaftet. Wenn die Tuberkulose Kinder in den ersten Lebensmonaten befällt, so gleicht sie sehr einer akuten Infektionskrankheit. Im allgemeinen Kinderhause trat die Tuberkulose im vorigen Jahrhundert verschiedenemale unter den Kindern im ersten Lebensjahre in heftigen Epidemien auf, ähnlich den Epidemien anderer ansteckender Krankheiten. Die letzte Epidemie, die 1881 war, hielt sich ausschließlich in der einen der zwei Abteilungen. Die Kinder erhielten in beiden Abteilungen dieselbe Milch und wurden auf gleiche Weise behandelt. Es konnte also unmöglich die Kuhmilch die Veranlassung zu dieser Epidemie der einen Abteilung sein. Sämtliche vorhergehende Epidemien hatten sich in allem wesentlichen ebenso wie die Epidemie im Jahre 1881 verhalten. Die Ursache, die offenbar in allen Epidemien die gleiche ist, kann keine andere sein, als Ansteckung von Kind zu Kind oder durch die eine oder andere Amme. Primäre Darmtuberkulose bei sehr jungen Kindern hat sich als eine sehr große Seltenheit erwiesen. Weder die klinischen noch die epidemiologischen Beobachtungen im Allgemeinen Kinderhause in Stockholm und noch weniger die pathologisch-anatomischen liefern einen Beweis dafür, daß die Kuhmilch die Infektionsträgerin der Tuberkulose wäre.

Dr. Winkler, Wien, sprach über den Kampf gegen die Tuberkulose und über den Eisenbahnbetrieb. Er befürwortet zur Reinigung der Züge ein Verfahren mit Formalin und die Entfernung des Staubes durch Dampf, den die Lokomotive liefert.

Dozent Dr. Kuthy, Budapest, referierte über die Versuche kombinierter Behandluugen der Lungentuberkulose, das heißt über die Resultate der Vereinigung der hygienisch-diätetischen Therapie mit der kunstgerechten Alttuberkulinbehandlung. Seine Versuche ergaben, daß die Alttuberkulinbehandlung einen bedeutenden Behelf der Heilstättenbehandlung der Lungenschwindsucht bildet.

Professor Pannwitz, Berlin, behandelte das Thema „Armeetuberkulose und Rotes Kreuz“. Er schilderte die Bedeutung des Auslesemechanismus, den die Armeeverwaltung durch die Untersuchungen bei der Assentierung zur Verfügung hat. Die Armeeverwaltung kümmere sich im allgemeinen nicht, was mit den Leuten geschieht, die als Tuberkulose wieder weggeschickt werden — und doch gehen sie in dasselbe Reservoir zurück, aus dem die Armee ihre frischen Kräfte holt. Dieser Auslesemechanismus sollte besser benutzt werden als bisher, indem diese Fälle den Zivilbehörden mitgeteilt werden. Hier könnte auch das Rote Kreuz in Friedenszeiten eine bedeutende Mission erfüllen; das Rote Kreuz möge sich dieser von der Assentierungskommission zurückgeschickten Tuberkulosen annehmen.

Dr. Adolf Taussig, Prag, hielt einen interessanten Vortrag über die Verbreitung der Tuberkulose in Böhmen. In den letzten Jahren starben in Böhmen an Tuberkulose 22.000 bis 24.000 Personen im Jahre. Auf die Zahl der Lebenden berechnet ergibt sich eine Mortalität von etwa mehr als 35 für je 10.000 Einwohner. Die höchste Tuberkulosesterblichkeit dürften die politischen Bezirke des Adlergebirges und des Riesengebirges sowie einzelne Vorstädte von Prag aufweisen. Nach Ansicht des Vortragenden sind die Ursachen für diese Erscheinung nicht so sehr auf das Konto der Industrie zu setzen, als der Lebensführung der Bewohner zuzuschreiben. Wenn auch zugegeben ist, daß in den Industriegegenden tatsächlich die Tuberkulose mehr Opfer fordert als auf dem Lande, so muß doch darauf verwiesen werden, daß dies nicht Bezirke mit reiner Fabriksindustrie, sondern mit starker Hausindustrie sind. Die Heimarbeit bringt natürlich eine Verschlechterung der Wohnungsverhältnisse sowie der ganzen Lebensführung mit sich. Der Vortragende verweist auf den Bericht der Gewerbeinspektoren über die „Heimarbeit“ aus dem Jahre 1900. Wohnungen mit einem Luftraum von fünf Kubikmeter per Person sind bei Heimarbeitern zu finden.

Nach den Vorträgen erstatteten die Vertreter der einzelnen Länder die Berichte über den Fortschritt der Tuberkulosebekämpfung.

Zu Ehrenmitgliedern des „großen Rates“ wurden anläßlich der nächsten Konferenz, die in den Vereinigten Staaten abgehalten wird, die folgenden Persönlichkeiten ernannt: für Deutschland Prinzessin Elisabeth zu Hohenlohe-Schillingsfürst und Staatsminister a. D. Möller; für Ungarn Minister Graf Julius Andrassy; für Schweden Baron Tann; für Österreich Statthalter Graf Clary-Aldringen, Hofrat Dr. Daimer und Graf Hans Larisch-Moennich und für England Professor Altbutt.

Außerdem wurde eine Reihe von Gelehrten zu korrespondierenden Mitgliedern ernannt.

Damit war die Tagesordnung erschöpft und es folgten die Schlußreden. Geheimrat Fränkel, Berlin, betonte, daß sich die wissenschaftlichen Differenzen über die „Infektionswege“ durch diese Konferenz vermindert haben. Zu einem definitiven Abschlusse sei es dagegen in der Frage der Anzeigepflicht und der Morbiditätsstatistik gekommen. — Namens der Gäste rühmte Professor Fränkel die außerordentliche Gastfreundschaft der Österreicher und der Wiener insbesondere. Das Bankett im Rathause habe sämtliche Teilnehmer entzückt. Schließlich würdigte er die Verdienste des Ehrenpräsidenten Grafen Larisch und der Hofräte von Schrötter und Weichselbaum sowie des Organisationskomitees.

Zum Schlusse sprach noch Hofrat v. Schrötter, der die Verdienste des Ehrenpräsidenten würdigte.

Hierauf schloß Geheimrat Fränkel die Sitzung.

Abends fand ein Empfang beim Minister des Innern Freiherrn v. Bienerth statt.

Das elektrische Vier-Zellen-Bad.

(System Dr. Schnée.)

Von **Dr. A. Schnée**, Wien.

Wer in die Lage versetzt wird, über Angelegenheiten, die ihn selbst berühren, ein kritisches Urteil zu fällen, erfreut sich doppelt an der Objektivität der Beurteilung maß-



gebender Kreise über dieselben. — So erging es mir mit dem von meinem verstorbenen Vater Dr. C. E. Schnée, Karlsbad, in die Therapie eingeführten und von ihm erdachten elektrischen Vier-Zellen-Bad.

Während nämlich die Behandlung mittels Elektrizität bis vor kurzem als eine rein suggestive betrachtet und darum zwar als willkommener, aber doch bei weitem unterschätzter Faktor bei der Therapie nervöser Erkrankungen „mit verwendet" wurde und ich selbst ursprünglich auf dem gleichen Standpunkte der usuellen Anschauung verharrte, entwickelte sich mit der zunehmenden Erkenntnis der physiologischen, chemischen und physikalischen Wirkungen der Elektrizität eine vollkommen neue Anschauungsweise über deren therapeutischen Wert.

Für die Elektrotherapie kamen bis zum Ende der Neunzigerjahre lediglich zwei Hauptmethoden in Betracht: entweder die Applikation mittels kleinerer oder größerer Elektroden oder das hydroelektrische Bad. Beide Methoden aber krankten an dem Übel allzu großer Konzentration oder Diffusion des elektrischen Stromes, indem einerseits die Verwendung kleinerer Elektroden wegen des mit der Stromsteigerung verbundenen Schmerzen nur homöopathische Dosierungen der verwendeten Strommengen gestattete, im elektrischen Bade dagegen, sei es nun das monopolare oder dipolare, das Ein- oder Zwei-Zellen-Bad, zwar eine wirksame Elektrisation des verwendeten Wassers oder nicht in Betracht kommender Körperteile, wie z. B. der Hohlhände, nicht aber der zu beeinflussenden, eben gewollten Körperpartien oder Organe erfolgte. Damit war aber auch von vornherein einer wirksamen Therapie Tür und Tor verschlossen.

Wir stehen gewiß alle auf dem allopathischen Standpunkte und belächeln diejenigen, die mit homöopathischen Mitteln Heilungen erzielen wollen; hier aber trieben Allopathen unbewußt Homöopathie, und dies mag auch die „Antipathie" erklären, die sie im weiteren Verlaufe auf dem Haupte der unschuldigen Elektrizität sammelten. Daran trug aber einzig die mangelhafte Kenntnis der Elektrophysik Schuld, die in dem Hauptgrundsatze

$$I = \frac{E}{W}$$

gipfelt, wobei I die Intensität, E die elektromotorische Kraft des Stromes und W den inneren + äußeren Widerstand des Stromleiters darstellt.

Diese Frage aber wurde endgültig von meinem Vater durch Einführung des Vier-Zellen-Bades theoretisch und praktisch bereinigt, indem bei der Anwendung desselben nur die eben gewollte Strommenge in bestimmter Richtung den Organismus zu passieren und dessen Widerstände zu überwinden vermochte. Durch eine große Reihe jahrelang fortgesetzter empirischer Versuche gelangte er, der alte Praktiker, zu einer Reihe elementarer grundlegender Anschauungen, die er in seinen „Erfahrungen mit dem elektrischen „Vier-Zellen-Bad" niederlegte, welche kurz darauf in dem „Lehrbuch der klinischen Osmologie" von H. Zickel, Berlin, speziell im Kapitel XXXIII dieses Werkes, welches über die „Osmologische Elektrotherapie und Organ-Elektrode" handelt und sich im weiteren Verlaufe mit der „Elektrochemischen Therapie" befaßt, ihre volle theoretische Begründung fanden.

Inzwischen hatte sich eine Reihe hervorragender Kliniker (v. Noorden, Eulenburg, Stintzing, Pentzold, Hoffa, Pribram usw.) und eine noch größere Anzahl von Praktikern mit den therapeutischen Erfolgen dieser neuen Heilmethode befaßt und ihre reichen Erfahrungen in zahlreichen Publikationen veröffentlicht, denen auch ich mich mit meinen „Mitteilungen über physiologische und therapeutische Wirkungen der Elektrizität im „E. V.-Z.-B." in „Die Medizinische Woche" Nr. 21, 22, 23 vom 23/30. Mai und 6. Juni 1904 anschloß.

Das Endergebnis war, daß die Elektrotherapie wieder zu Ehren kam und in dem elektrischen Vier-Zellen-Bad einen ebenso wichtigen wie nützlichen Heilfaktor fand, dessen Anwendung nicht nur neben den bisher gebräuchlichen Applikationsmethoden des galvanischen, faradischen und Wechselstromes besteht, sondern dieselben auch bei weitem überragt.

Im Anschluß daran will ich nun eine für den Praktiker wohl am wichtigsten erscheinende Beschreibung des elektrischen Vier-Zellen-Bades folgen lassen, an die ich in gedrängter Kürze eine Indikation für die bisher mit Erfolg behandelten Krankheiten anknüpfe. Ich folge der Beschreibung, welche Professor v. Noorden in seiner Arbeit „Über das elektrische Vier-Zellen-Bad" in „Die Krankenpflege", I. Jahrgang, Heft 1, gibt.

„Das wesentliche des Apparates ist folgendes: Der Patient sitzt auf einem bequemen Holzstuhle, dessen Höhe und Tiefe je nach der Körpergröße verstellbar ist. Seitlich vor dem Stuhle sind an Stelle der Armlehnen Porzellan- (auch Glas-) Wannen angebracht, in welche die Arme bis zum unteren Drittel des Oberarmes, nach Art eines Armbades, versenkt werden. Vor dem Stuhle stehen zwei andere, hohe Porzellan- (auch Glas-) Wannen, in die die Beine bis zum oberen Ende der Waden eintauchen. Der Strom tritt durch je zwei Kohlenplatten, die an jeder Porzellanwanne rechts und links angebracht sind, in das Wasser und von dort in die Extremität. Der Patient braucht sich für die Badeprozedur nicht völlig auszukleiden; es genügt die Hemdärmel und die Hosen hochzustreifen. Als Kraft dient Gleichstrom, der entweder aus einer elektrischen Zentrale oder aus Akkumulatoren bezogen werden kann. Eine sehr übersichtliche Schalttafel ermöglicht es, nach Belieben konstanten oder faradischen Strom oder beide zugleich zur Anwendung zu bringen (jetzt auch Wechselstrom. Anm. d. Verf.), die Stromrichtung und Stromdichte und -Spannung beliebig zu ändern und den Strom an jeder beliebigen Wanne (bezw. Extremität) ein- oder austreten zu lassen."

Es ist leicht ersichtlich, daß sich durch Kombination und Permutation der beiden Pole resp. der vier Ein- und Austrittsflächen des elektrischen Stromes 50 verschiedene Applikationsrichtungen desselben ergeben, die uns in die Lage versetzen, sowohl eine allgemeine Elektrisation des Körpers wie auch bestimmter gewollter Organe durchzuführen, indem man bei dieser Anordnung des Bades die bei den früheren Methoden fehlende sichere Gewähr hat, daß die am Galvanometer abgelesene Strommenge auch wirklich voll und ganz den Körper passiert.

Die Wirkung des nach dieser Methode applizierten galvanischen Stromes äußert sich:

a) in einer Hebung des Stoffwechsels im allgemeinen, die in der sogenannten endosamatischen Elektrolyse ihren Grund hat;

b) in der Beeinflussung der Zirkulation des Blutes und der Lymphe durch willkürliche Erzeugung hyperämischer oder anämischer Zustände, der endosomatischen Kataphorese (Kataphorie schlechtweg nach Zickel);

c) in der Einverleibung gelöster medikamentöser Substanzen, diachrotische Kataphorese und Elektrolyse.

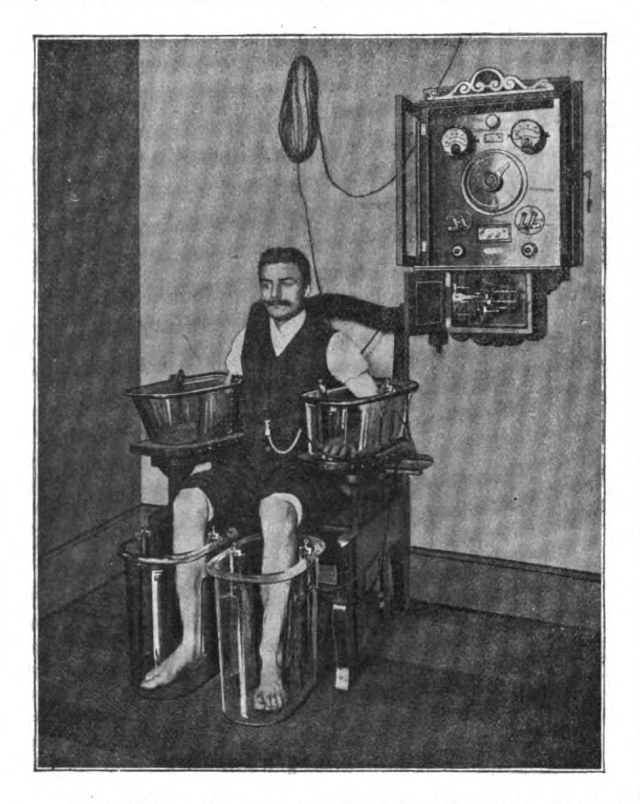
Während beim galvanischen Strom die chemische Wirkung in den Vordergrund tritt, ist es beim faradischen und Wechselstrom die physikalisch-mechanische.

Daraus ergeben sich aber auch zur Genüge die Indikationen für die Anwendung der verschiedenen Stromesarten.

Bisher wurden mittels dieser neuen Methode erfolgreich behandelt: bei Diabetes Nebenerscheinungen, wie Muskelschmerzen, Neuralgien, allgemeine Muskelschwäche, Schlaflosigkeit, Pruritus universalis. Ferner Gelenks- und Muskelrheumatismus, Arthritis deformans, Arthritis urica, Schrumpfniere, Basedow, Syphilis, Tabes, Ischias, Lähmungen verschiedenster Art,



Neuralgien, Neuritiden, Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, Chorea, Gastralgien, Dystrophia muscularis progressiva, Atonia intestinalis, Akroparästhesien, Bulbärparalyse, Apoplexien, Enuresis nocturna, Hypertrophien und Dilatationen des Herzens mit und ohne Vitien, Hypertrophien und Indurationen der Leber, Stauungen im Pfortadersystem, Myoma uteri, Amenorrhoe und Dysmenorrhoe, Para- und Perimetritiden, Ekzeme verschiedener Art, Psoriasis, Erysipel und schließlich Katarakte sowie Retinitis albuminurica.



Die bisher über das elektrische Vier-Zellen-Bad erschienene Literatur umfaßt folgende Publikationen:

Gerlach, Dr. med. Valentin: „Untersuchungen mit dem elektrischen Vier-Zellen-Bad und über Kataphorese mittels desselben." Wiesbaden 1900.

Knauer, Dr. med.: „Zur Behandlung chronischer Ekzeme mit dem elektrischen Vier-Zellen-Bad." Wiesbaden 1900.

Gerlach, Dr. med. Valentin: „Über Versuche mit dem elektrischen Vier-Zellen-Bad". (Nach dem auf dem XIII. internationalen Kongreß zu Paris gehaltenen Vortrage.) Therapeutische Monatshefte, Dezember 1900, Heft 12, S. 650—53.

Kurella, Dr. med.: Zeitschrift für Elektrotherapie und ärztliche Elektrotechnik, Coblenz und Leipzig. Dezember 1900, Nr. 8, S. 182/92.

Schnée Adolf, Prag: „Über Versuche mit dem elektrischen Vier-Zellen-Bad" und „Ein Fall von Hystero-Neurasthenie". Prager med. Wochenschr. 1901, Nr. 3, 4 und 8.

Hellmer, Dr. med.: „Elektromedizin im Jahre 1900." Zeitschrift für Elektrotechnik, Jänner 1901, H. 2, S. 20, und Blätter für klinische Hydrotherapie, Wien, März 1901, Nr. 3, S. 76.

Schilling, Dr. med: Taschenbuch der physikalisch-diätetischen Heilmethoden. Leipzig 1901, S. 207/8.

Noorden, Prof. Karl v.: „Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung." Berlin 1901, S. 163, 184 und 249/50.

Bergonié, Prof.: „Le Bain électrique à quattre Cellules." Archiv d'électricité médicale, Bordeaux, Nr. 104, 15. Août 1901.

Noorden, Prof. Karl v.: „Über das elektrische Vier-Zellen-Bad." Krankenpflege, Oktober 1901, Heft 1.

Schnée Adolf, Prag: „Über Versuche mit dem elektrischen Vier-Zellen-Bad." Balneolog. Zentralzeitung, 10. Februar 1902, Nr. 6.

Lossen, Dr. med. H., Darmstadt: „Das elektrische Vier-Zellen-Bad." Krankenpflege, März 1902, Heft 6.

Friedmann, Dr., Wien: „Das elektrische Vier-Zellen-Bad." Sammelreferat, Sep.-Abdr. a. d. Monatsschr. f. prakt. Wasserheilkunde u. physik. Heilmethoden, Heft 4, 1902.

Colm, Dr. med. Toby, Berlin: „Leitfaden der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie." Berlin 1902, Verlag S. Karger, S. 121/122.

Eulenburg, Geh. M.-R. Prof. Dr. A., Berlin: „Über einige neuere elektrotherap. Methoden." Vortrag in der 19. Abt. d. 74. Naturforscher-Vers. am 22. Sept. 1902 in Karlsbad, „Die Therapie der Gegenwart." Oktober 1902, Heft 10, S. 455/56.

Schnée, Dr. med. Adolf, Wien: „Das elektrische Vier-Zellen-Bad." Vortrag in der 19. Abt. d. 74. Vers. deutsch. Naturforscher und Ärzte am 23. Sept. 1902, Leipzig, F. C. Vogel. II. Teil, II. Hälfte, S. 108/111.

Eulenburg, Geh. M.-R. Prof. Dr. A., Berlin: „Vier-Zellen-Bad." Realenzyklopädie, III. Aufl., Bd. XXVII.

Stintzing, Hofrat Prof. Dr. Rod., Jena: „Handbuch der Therapie innerer Krankheiten." V. Band. Verlag von G. Fischer, Jena 1902.

Bum, Dr. med. Anton, Wien: „Lexikon der physikal. Therapie." Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien 1903, Abt. II, S. 533/35.

Schnée, Dr. med. C. E., Karlsbad: „Meine Erfahrungen mit dem elektrischen Vier-Zellen-Bad". 1903. (Manuskript.)

Kurella, Dr. med. Hans, Breslau: „Elektrotherapie und Wirtschaft." (Zeitschrift für Elektrotherapie, V. Jahrgang, Heft 10, Oktober 1903.)

Wiedeburg, Dr. med. Paul, Blankenburg (Thür): „Das elektrische Vier-Zellen-Bad." Jahresbericht des Thüringer Bäderverbandes, 1903/1904. (Elbgau-Druckerei Dresden-Blasewitz.)

Schnée, Dr. med. Adolf, Wien: „Mitteilungen über physiologische und therapeutische Wirkungen der Elektrizität im elektrischen Vier-Zellen-Bad." I. und II. Teil, betreffend die endosomatische und diachrotische Elektrolyse und Kataphorese. Die medizinische Woche, Berlin 1904, Nr. 21—23.

Mann, Dr. med. Ludwig: „Elektrodiagnostik und Elektrotherapie." Wien-Leipzig, Alfred Hölder, 1904, S. 107.

Hoffa, Geh. M.-R. Prof. Dr. A., Berlin: „Demonstration im Verein f. innere Med., Berlin. D. med. Wochenschrift Nr. 12, 1904.

Lossen, Dr. med. H., Darmstadt: „Das elektrische Vier-Zellen-Bad." 1904.

Zikel, Dr. med. H., Berlin: „Neuere Fortschritte der klinisch-osmologischen Heilkunde." Verlag von R. Trenkel, Berlin 1905. S. 27/28.

Zickal, Dr. Georg, Berlin: „Elektrotherapie". Verlag Doktor W. Rothschild, Berlin und Leipzig 1906. S. 98/99, 108—115, 117/118.

Noorden, Prof. Dr. Karl v.: „Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung." Berlin 1907, S. 123, 192, 212, 288.

Wie man sieht, läßt die Literatur über das Vier-Zellen-Bad an Reichhaltigkeit nichts zu wünschen übrig und empfehle ich allen, welche sich des näheren mit seinem Wesen vertraut machen wollen, einen Einblick in dieselbe zu tun. Es dürfte dies von um so größerer Wichtigkeit sein, als durch diese neue Methode der Elektrotherapie dem praktischen Arzte eine Handhabe geboten erscheint, in einer großen Reihe von Krankheitsfällen helfend einzugreifen, wo ihn die übrigen Behelfe der Heilkunst im Stiche gelassen oder sich nicht bewährt haben.

II. Referate.

Zur Statistik der Gonorrhoe. Von R. Kossmann in Berlin.

K. möchte gegenüber Erbs Gonorrhoe-Statistik folgendes zu erwägen geben:

1. Selbst das akute Auftreten der Gonorrhoe wird von Frauen, die ihrem Charakter nach etwas indolent oder durch andere Sorgen und Leiden in Anspruch genommen sind, in sehr vielen Fällen übersehen. Beträchtliche Schmerzen verursacht die Erkrankung allerdings, wenn eine akute Entzündung der Vulva (einschließlich der Bartholinschen Drüse) oder der Urethra entstanden ist. Ob diese nicht nur bei Mischinfektion mit Streptokokkena zustande kommt, ist eine Kontroverse, auf deren Erörterung ich hier nicht eingehen will; aber jedenfalls gibt es auch Fälle unmittelbar nach der Hochzeit erworbener akuter Gonorrhoe, bei denen die jungen Frauen nicht über nennenswerte Schmerzen klagen. Die Zervikalgonorrhoe vollends macht gar keine Schmerzen, sondern nur etwas gesteigerten Ausfluß.

2. Geht die Gonorrhoe auf das Corpus uteri, die Tuben und die Bauchhöhle über, so macht sie in einer großen Anzahl von Fällen ebenfalls nur ganz geringe Beschwerden. Das Gefühl von Völle und die leichten kolikartigen Schmerzen



über dem Schoß werden gewöhnlich zunächst für Folgen einer Verdauungsstörung oder Erkältung angesehen, und wenn sie sich nicht steigern, bald vergessen. Auch eine auffällige Temperatursteigerung ist damit meist nicht verbunden.

Die allerdings auch vorkommenden Fälle großer Schmerzhaftigkeit mit Fieber dürften ebenfalls auf einer Mischinfektion beruhen; K. will sich aber an dieser Stelle damit begnügen, die Tatsache zu behaupten, daß auch viele gonorrhoische Bauchfellinfektionen bei ihrer Entstehung unbeachtet bleiben.

Wie groß aber die Zahl der in dieser Weise erkrankten Frauen, die sich deshalb nicht in ärztliche Behandlung begeben haben und später über Zeitpunkt und Erscheinungen dieser Erkrankung keine Auskunft erteilen können, tatsächlich ist, wird seines Erachtens durch keine Statistik jemals festgestellt werden können.

Das würde ja ohne Bedeutung sein, wenn die Infektion, die zur Zeit ihres Entstehens unbeachtet geblieben ist, auch keine späteren Folgen hätte. Dies trifft aber nicht zu.

Es wird daher seiner Meinung nach auch fernerhin unmöglich sein, zahlenmäßig zu konstatieren, in wieviel Prozent der Fälle eine vorgängige Gonorrhoe des Ehemannes eine Erkrankung der Ehefrau zur Folge hat. Unter solchen Umständen ist es den Gynäkologen nicht zu verübeln, wenn sie von den vielen Fällen, in denen weibliche Personen, die vor der Ehe blühend waren, regelmäßig und schmerzlos menstruierten und normale Verdauung besaßen, seit der Eheschließung mit einem Manne, der vorher gonorrhoisch infiziert gewesen ist, alsbald zu kränkeln begonnen haben, einen statistisch nicht feststellbaren, aber sehr beträchtlichen Bruchteil mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine gonorrhoische Erkrankung zurückführen zu können glauben. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 51, 1906.)

*

Bedeutung und Anwendbarkeit der physikalischen Heilmethoden in der ärztlichen Praxis. Von O. Vierort.

Ich glaube, daß Sie ganz im allgemeinen die Anschauung von neuem gewinnen müssen, daß wir in der häuslichen Praxis, wenn wir deren Kurmittel vergleichen mit denen der Sanatorien, Anstalten aller Art und mancher Kurorte, durch die Umstände genötigt sind, in einem großen Gebiete unserer Therapie, besonders der physikalischen, teilweise auch der diätetischen mit halben Maßregeln zu arbeiten. Das ist eine so triviale Tatsache, daß ich Sie fast bitten muß zu entschuldigen, wenn ich Sie hier anführe. Ich sehe aber nach dieser Richtung ein wesentliches, vielleicht das wesentlichste Moment der Studienreise; die Anregungen und Bereicherungen, die Sie da empfangen in bezug auf den Wert von Luft und Licht, auf den Wert der sanitären Anstaltseinrichtungen, auf den Wert aller physikalischen Therapie in ihrer örtlichen und in ihrer allgemeinen konstitutionellen Einwirkung und endlich in bezug auf den Wert der Diätetik, alle diese Anregungen sollen Sie dazu führen, mit allen Ihnen zu Gebote stehenden Mitteln diese Faktoren in ihrer örtlichen Praxis und im Krankenzimmer zur Geltung zu bringen. Daß da Hindernisse im Weg liegen, ja daß sie zum Teil unübersteiglich sind, das wissen wir ja alle; aber diejenigen Schwierigkeiten, die überhaupt überwindbar sind, die müssen in der Hauspraxis auch in der Tat mit allen Kräften überwunden werden. Ich habe schon davon gesprochen, welche Rolle der Zug mancher chronisch Leidenden in die Sanatorien spielt; es besteht aber auch ein zunehmender Zuzug akut Erkrankter in die Krankenhäuser. Das ist im Interesse der leidenden Menschheit und der Volkshygiene in gewissen Grenzen nützlich. Es sollte aber durchaus in Grenzen gehalten werden. Denn der Wert gewisser Seiten der Häuslichkeit, vor allen Dingen aber der Wert des den Patienten und seine persönlichen und familiären Eigentümlichkeiten kennenden Hausarztes ist durch nichts zu ersetzen. Die häusliche Behandlung aber wird, das ist deutlich vorauszusehen, ihre Rolle nur dann weiterspielen, wenn sie in dem von mir angedeuteten Sinne nach Kräften weiter ausgestaltet wird. Es gilt also auch im Hause alle Heilfaktoren, auch die allgemeinsten hygienischen in umsichtiger, wahrhaft hippokratischer Weise, nach den sich bietenden Möglichkeiten, heranzuziehen. Daß durch die hier geforderte Umsicht in der Berücksichtigung aller nur denkbaren Heilfaktoren der Hausarzt gegenüber dem Spezialisten seine Stellung in jeder Beziehung stärkt, das will ich nur nebenbei andeuten.

Auf diesen bedeutungsvollen Punkt lassen Sie mich noch etwas eingehen. Genauer besehen werden die sich hier ergebenden Aufgaben unserer nächsten Zukunft sich in zwei gliedern: in die eigentlich häusliche Behandlung, d. h. möglichst weitgehende Hinzuziehung von Hygiene, Diätetik und physikalische Therapie im Hause selbst und in die weitere Ausbildung der schon vielfach in Gang gekommenen Therapie vom Hause aus in Anstalten für ambulante Kranke, sei es, daß der Hausarzt zur Behandlung nur anrät und sie an sich ganz einem Spezialisten überläßt, wobei er aber doch immer für das Endresultat mit verantwortlich bleibt, sei es, daß der Hausarzt im allgemeinen die Behandlung leitet und nur deren technische Ausführung anderen überläßt.

Was die häusliche Behandlung anlangt, so ist da noch unendlich viel zu tun. Von der Hygiene des Krankenzimmers an bis zur Diätetik und physikalischen Therapie. Die Hausärzte haben da große Aufgaben und die Hausärzte sollen die Anregung zur Durchführung dieser Aufgaben finden in den Fortbildungskursen, Studienreisen usw. Das sei ganz im allgemeinen gesagt. Herausgreifen möchte ich zu eigener Beleuchtung der Sachlage nur ein paar spezielle Dinge der physikalischen Therapie.

Beim Abfassen eines Rezeptes steht dem Arzt sein Rezepttaschenbuch zur Seite; für die richtige Dosierung der Gifte ist außerdem der Apotheker mitverantwortlich. Beides bewahrt natürlich nicht vor Irrtümern und Fehlern, schon weil alles Dosieren den Erfordernissen des Einzelfalles angepaßt sein muß. Allein es ist doch ein wertvoller Schutz gegen die gröberen Mißgriffe.

In der physikalischen Therapie ist das anders; hier gibt es bisher keine oder höchst ungenügende Rezepttaschenbücher; sie würden auch nicht gerade viel nützen; auch der Schutz durch den Apotheker fällt natürlich weg. Dabei sind die Normen für die Dosierungen noch lange nicht Gemeingut der Ärzte geworden; aber auch wenn trotz alledem richtig verordnet wird, so ist die entsprechende Ausführung des Verordneten damit meist noch nicht gewährleistet. Denn die Ausführung liegt fast ausnahmslos in den Händen mehr weniger — vorwiegend weniger — geschulten Pflegepersonals oder der Angehörigen, oder auch der Patienten selbst: Vieles wird schließlich noch von diesen verpfuscht.

So glaube ich denn, wenn ich meine Erfahrungen aus der konsultativen Praxis und an den in die Klinik aufgenommenen Patienten zu überblicken suche — sagen zu müssen, daß z. B. in der Hydrotherapie mindestens ebensoviele Fehler begangen werden, als in der gesamten sonstigen internen Therapie zusammen.

Für die Ärzte aber handelt es sich in allererster Linie um die Erwerbung eines festen Besitzes an grundlegenden Kenntnissen und klaren Vorstellungen. Wenn ich die hydro- und thermotherapeutischen Methoden herausgreifen darf, so arbeiten sie bekanntlich weit vorwiegend mit Reizen. Bier zitiert in der Vorrede seiner Hyperämie als Heilmittel einen Satz von Arndt, der das, worauf es hier ankommt, sehr prägnant ausdrückt. Der Satz lautet: Kleine Reize fachen die Lebenstätigkeit an, mittelstarke fördern sie, starke hemmen sie, stärkste heben sie auf. Dabei ist zu beachten, daß die im obigen Sinne mittelstarken, starken und stärksten Reize beim physikalischen Heilverfahren oft unglaublich nahe beieinanderliegen und daß es daher ganz falsch ist, diese Methoden für ungefährlicher zu halten und weniger genau zu dosieren als die Gifte. Die Mißerfolge bei Hydro-, Thermotherapie, Massage, die Kollapse bei planlos gegebenen kalten Bädern, die Nierenleiden und anderen schweren Organerkrankungen nach Kneippschen Pferdekuren reden eine

eindringliche Sprache, ebenso die Mißgriffe durch Massage bei Phlebitis, Appendizitis, Gallensteinen, die Schädigungen des Herzens durch Heißluft-, Dampf- und unzuträgliche Kohlensäurebäder.

Aber ganz abgesehen von gröbsten Mißgriffen ist zu beachten, daß bezüglich der physikalischen Reize, die fördern, hemmen, schädigen, jedes Individuum eine persönliche Formel hat; die Breite der Ausschläge dieser Formeln ist hier größer als bei den medikamentösen Mitteln. Jeder Kranke, den man noch nicht kennt, muß bei irgend einer eingreifenden physikalischen Behandlung bezüglich seiner Reaktion auf dieselben unter tastendem Vorgehen studiert werden. Schemata helfen da gar nichts; das hat niemand besser gewußt, als der einfache Prießnitz, der sich bei jedem ihm neu zugehenden Kranken damit beschäftigte, seine Reaktion auf Kältereize zu studieren.

Als Beispiel häufiger Mißgriffe bei hydrotherapeutischen Methoden möchte ich nur kurz zwei erwähnen, die Anwendung des Wickels, besonders des Brustwickels und die Anwendung des kalten Bades. Mit einer kalten Einpackung kann man bekanntlich Wärme entziehen, eine mehr oder weniger langdauernde Hautreaktion erzeugen, und je nach der Dicke, Undurchlässigkeit und Dauer des Wickels eine mehr oder weniger starke Wärmestauung hervorrufen. Der Brustwickel kann überdies durch Schwere und Knappheit beim Schwerkranken, Schwächlichen und besonders beim Kinde die Atmung beeinträchtigen. Wie viele Wickel, vom Arzt zum Zwecke der Wärmeentziehung oder zum Zwecke der erfrischenden und ableitenden Reaktion verordnet, werden nun in den Händen des Personals zu Prozeduren einer Wärmestauung, die bei Fiebernden besonders, sofern er sich nicht selber beklagen kann, geradezu unheimliche Dimensionen annehmen kann.

Das kalte, beziehungsweise besser abgekühlte oder am Schlusse von kühler Übergießung gefolgte laue Bad wird bekanntlich zur Wärmeentziehung, seit längerer Zeit aber mit Recht zur Herbeiführung von Reaktionen, Erfrischung, Belebung aller Funktionen gegeben. Soll es diesen Zweck erfüllen, so muß es nach Temperatur, Dauer und Form auf das Sorgsamste abgestuft und nach tastenden Vorversuchen auf das einzelne Individuum angepaßt werden. Was lesen Sie nun heute noch in zahlreichen Lehrbüchern über die Applikation von kalten Bädern? Vielfach nichts über die in gewisser Breite schwankenden zulässigen Temperaturzahlen, äußerst selten etwas von dem, worauf es ankommt, nämlich woran man die Reaktion und den richtigen Grad der Belebung der Funktionen klinisch erkennen kann. Ist es da ein Wunder, wenn bedeutende Autoren versichern, sie hätten mit diesen undefinierten „kalten Bädern“ bei Bronchopneumonie und anderen Zuständen nur Mißerfolge gehabt?

Ich halte die Gefahr, daß wir einer Periode weit verbreiteter gedankenloser, reklamehafter physikalisch-therapeutischer Routine entgegengehen, für nahe; wir sind eigentlich schon drin. Die physikalische Therapie ist Mode geworden und verspricht auch dem reinen Routinier äußeren Erfolg. Um so mehr muß sich der wissenschaftliche Arzt vor bloßer Routine bewahren. Um mich kurz zu fassen, lasse ich es mir an diesen Streiflichtern genügen und stelle nur für die Förderung der physikalischen Therapie, besonders der Hydrotherapie in der häuslichen Praxis folgende Forderungen auf:

1. daß die Grundbegriffe der physikalischen Einwirkungen Gemeingut der Ärzte werden müssen.

2. Daß die Technik technisch gelernt sein muß, daß Ihre Kenntnis, auch wo sie später nicht regelmäßig ausgeübt wird, doch immer wieder aufgefrischt wird durch gelegentliches eigenes Eingreifen des Arztes.

3. Daß in der Praxis nach Temperatur, Dauer und Form dosierte schriftliche Verordnungen gegeben werden, genau wie bei den Medikamenten.

4. Daß immer aufs neue wieder die schon alte Forderung technisch geschulten Unterpersonals erhoben werden muß.

Neben der eigentlich häuslichen physikalischen Therapie werden nun für funktionell Leidende, leichte chronisch Kranke, kurz für alle ambulanten Kranken und für manche Gesunden die Anstalten für physikalische Therapie immer unentbehrlicher. Sie gebieten über reichhaltigere, kompliziertere, exaktere Apparate und im allgemeinen über deren richtige technische Bedienung, und sollen, worauf nachher nochmals zu kommen sein wird, stets ärztliche Aufsicht garantieren. Was besser oder ebensogut im Hause und was demgegenüber in solchen Anstalten ausgeführt werden kann, das kann hier nicht im einzelnen besprochen werden. Ins Haus gehören jedenfalls nur die sehr einfachen Methoden. Die Technik, auch wo sie nach Beschreibungen leicht zu sein scheint, hat bei vielen Apparaten doch ihre großen Schwierigkeiten. Beispielsweise haben mir mehrere unserer französischen Kollegen, die vor kurzem hier waren, versichert, sie hätten die Bierschen Heißluftapparate erst jetzt auf ihrer Reise in Bonn selbst richtig anwenden gelernt, trotzdem sie schon zu Hause viel Mühe und Studium auf diese Methode verwandt hätten.

Daß nun alle solchen Anstalten, soweit sie nicht einfache Badeanstalten für Schwimm- und Wannenbäder und Duschen sind, unter ärztlicher Leitung und Aufsicht zu stehen haben, müßte als selbstverständlich gelten. Vom gewissenhaften Standpunkt einer wohl überlegten, auf unser Wissen vom Körper und seinen Eigenschaften, vom Nutzen und andererseits von den Gefahren der physikalischen Einwirkung basierten Therapie ist es daher auf das Höchste zu bedauern, daß wir da und dort neue Anstalten entstehen sehen, welche der ärztlichen Leitung, und zwar einer ins einzelne gehenden, entbehren. Anstalten dieser Art, welche von Naturheilkundigen und anderen wissenschaftlich ungebildeten Routiniers geleitet werden, haben wir schon lange; was jetzt neu hinzutritt, das sind Badeanstalten, welche Kohlensäurebäder, elektrische Bäder, Licht-, Heißluft- und Dampfapparate u. a. m. ohne weiteres dem Publikum zur Verfügung stellen. Gegen diese Anstalten muß mit allen Mitteln auf das Energischeste Front gemacht werden.

Was aber nun die ärztlich geleiteten Anstalten betrifft, so sollen sie sich stets als Spezialisten betrachten und selbst dazu beitragen, daß die Hausärzte den allgemeinen Heilplan in der Hand behalten. Denn die physikalischen Methoden sind nur Teile unserer Therapie und haben sich in das Ganze der Behandlung einzuordnen, und dies Ganze kann nur der Hausarzt oder etwa der zugezogene Konsiliarius, aber nicht der therapeutische Spezialist umsichtig leiten.

Hier haben wir eine wichtige Seite der Sache. Nur wenn diese spezialistischen therapeutischen Anstalten sich dessen bewußt sind, daß sie einen Teil der Behandlung übernehmen und diese Teilbehandlung in den allgemeinen Heilplan, den der behandelnde Hausarzt bestimmt, einzuordnen haben, nur so können diese Anstalten in ein gedeihliches Verhältnis zu den Hausärzten treten. Die Hausärzte haben wiederum in Zukunft die Aufgabe, zu einem normalen Verhältnis zu solchen Anstalten dadurch die Initiative zu ergreifen, daß sie ihrerseits, wo es angezeigt ist, die physikalische Behandlung anraten und in ihren Umrissen bestimmen. Wird nicht auf diese Weise ein normales Verhältnis zwischen hausärztlicher Behandlung und Anstaltsbehandlung hergestellt — nun so geht — wie man heutzutage genugsam sieht, das Publikum nach eigenem Ermessen in physikalische Heilanstalten und gerät dabei nicht selten in von wissenschaftlich nicht gebildeten Ärzten geleitete oder in die oben erwähnten, von einem beliebigen Unternehmer zur Verfügung gestellten Institute, wo von Gesichtspunkten der Behandlung überhaupt nicht die Rede ist.

Wenn ich versuche, das Bild der zukünftigen Krankenbehandlung zu vervollständigen, habe ich noch zu erwähnen, daß noch mancherlei anderes zu organisieren ist, vor allen Dingen Zentralen für Ausleihung teurer Apparate und Artikel der Krankenpflege zur physikalischen Behandlung und manches andere, auf welches einzugehen ich mir jetzt versage.



Der langen Rede kurzer Sinn ist, daß wir in einer Zeit der ins fast ungemessene wachsenden therapeutischen Hilfsmittel und Methoden leben; daß eine solche Periode naturgemäß die Gefahr einerseits einer Unklarheit und Verworrenheit, andererseits der gedankenlosen schematischen Routine in sich trägt; daß der ersteren nur begegnet werden kann durch sorgfältige Organisation der Krankenbehandlung; und daß wir uns gegen die letztere nur und ausschließlich verteidigen können, wenn wir überall die wissenschaftliche Basis suchen und festhalten. Die Methode macht den, der ihren tiefen Sinn nicht kennt, zum Sklaven, er übt sie als Methode; sie wird aber in den Händen desjenigen, der ihren wissenschaftlichen Sinn erfaßt hat, stets neu belebt, den Umständen, die bekanntlich nie die gleichen sind, angepaßt, neu geschaffen. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 51, 1906, Vortrag.)

*

Myositis ossificans progressiva, geheilt durch Thiosinamin. Von Dr. Karl Boseck, früher Assistenzarzt der Kgl. chirurgischen Klinik zu Kiel.

Als vor mehreren Jahren durch Unna auf die erweichende Wirkung des Thiosinamins auf narbige Zustände der Haut ebenso wie des inneren Körpers hingewiesen wurde, hat B. das Mittel in einer ganzen Reihe von Fällen angewandt und kann die demselben nachgesagte gute Wirkung durchaus bestätigen. Es waren alte Verbrennungsnarben, welche den Körperteil, auf welchem sie saßen, in seiner Funktion störten, rheumatische Muskelschwielen, Keloide, Harnröhrenstrikturen und Trommelfellsklerosen, bei welchen B. einen günstigen, sogar heilenden, oft überraschenden Einfluß des Thiosinamins beobachten konnte. Ganz auffallend günstig war die Wirkung bei einem Herrn, welcher etwa fünf Jahre zuvor durch zu langdauernde Röntgenbestrahlung eine enorme Sklerose der Haut der linken Leistengegend davongetragen hatte; abgesehen von der Störung der Funktion des Beines war die Sklerose durch fortwährende Ulzerationen an immer neuen Stellen überaus lästig, und eine Besserung des Zustandes wurde auch durch Zuziehung der verschiedensten hervorragenden Spezialisten nicht erzielt. In diesem Falle trat nach Anwendung des Thiosinamins, sowohl in Form von Injektionen als auch in Form des Thiosinaminpflastermulles eine ausgezeichnete Wirkung ein: die Haut wurde wieder weicher und die Ulzerationen hörten ganz auf — jetzt seit etwa $1^1/_2$ Jahren.

Ein anderer Fall ist folgender:

Eine Dame von jetzt 22 Jahren erkrankte im Februar 1905 an Influenza und war drei Tage krank; die Krankheit war begleitet von heftigen Kopf- und rechtsseitigen Nackenschmerzen. Am 27. Juli trat sie in B.s Behandlung. Nach dem Befunde schwankte B. bei der Diagnosenstellung zwischen rheumatischen Muskelschwielen und Myositis ossificans, jedoch glaubte B. unter Berücksichtigung der Vorgeschichte sich für Myositis ossificans entscheiden zu müssen. Daß es sich um die progressive Form der Myositis ossificans handelte, dafür spricht die Erkrankung des linksseitigen Sternokleido.

Da ihm ein wirksames Mittel zur Bekämpfung der Erkrankung nicht bekannt war, und er in den Veröffentlichungen der letzten Jahre immer nur die Entfernung der befallenen Muskeln als ultima ratio hingestellt gefunden hatte, begann B., ohne sich mit Massage oder anderen sonst empfohlenen Maßnahmen aufzuhalten, allerdings ohne viele Hoffnungen, am 26. Juli 1906 mit der Injektion von Thiosinamin (1·0 — Glyzerin 2·0 — Aqu. dest. ad 10·0), und zwar täglich eine Pravazsche Spritze, also 0·1 Thiosinamin.

B. setzte die Injektionen täglich bis zum 28. August 1906 fort; es waren jetzt alle objektiv nachweisbaren Symptome verschwunden, die Patientin hatte nicht die geringsten Beschwerden mehr und war über die so schnelle Heilung außerordentlich erfreut.

Wenn wir in der Behandlung der Myositis ossificans progressiva kein besseres Mittel besitzen als die Exstirpation der erkrankten Muskeln, so ist nach B.s Ansicht in jedem Falle wenigstens ein Versuch mit Thiosinamin gerechtfertigt, ehe man sich zu operativen Eingriffen entschließt.

Benutzt hat B. stets das von der chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt hergestellte Thiosinamin in der oben angegebenen Lösung, ohne auch nur ein einziges Mal lästige Nebenwirkungen oder Schmerzen entstehen zu sehen. Wie die genannte Firma mitteilt, stellt sie jetzt eine neue Thiosinaminverbindung, das Fibrolysin, her, welches dem Thiosinamin gegenüber wesentliche Vorzüge haben soll; da über dasselbe günstig berichtet wird, wird B. es demnächst anwenden. (Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 48.)

*

Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Perityphlitis und ihrer Folgezustände. Von Dr. E. Franke, Altona.

Obwohl die Literatur über Appendizitis ins Ungeheuerliche gewachsen ist, liest man doch in fast jeder Zeitschrift noch einen Artikel über dieses Gebiet, und ebenso will in den ärztlichen Gesellschaften der Streit nicht zur Ruhe kommen. Da ist es wohl erlaubt, ein kleines, genau beobachtetes Material mitanzuführen, das in erster Linie unser Vorgehen charakterisieren soll. Es stammt aus den Jahren 1901—1904 und erstreckt sich auf 77 im akuten Anfall und 57 im Intervall ausgeführte Operationen. Von den 77 im Anfall Operierten starben 29. Man muß bei dieser großen Ziffer aber erwägen, daß die überwiegende Mehrzahl dieser Fälle vor der Ära der Frühoperation liegen und daß es fast sämtlich sogenannte aussichtslose Fälle waren, die am vierten, fünften und späteren Tage der Erkrankung mit mehr oder weniger ausgedehnter Peritonitis eingeliefert wurden. Eigentliche Frühoperationen sind nur wenige darunter. Das Material entstammt eben der Zeit, als sich der Umschwung in den therapeutischen Anschauungen vollzog, und infolge des aktiveren chirurgischen Vorgehens ein operativeres Eingreifen als ultima ratio auch in einem hoffnungslosen Fall sich benötigte. Statistische Rückschlüsse kann F. schon deswegen nicht machen, weil wir jetzt unter anderen Bedingungen operieren und daher auch ganz andere Resultate haben. Unter den 77 sind nur 15, die in den ersten 24 Stunden operiert wurden, die übrigen waren im Stadium nach der Perforation. Von diesem Gesichtspunkt aus sind die Resultate gar nicht so schlecht.

F. will nur hervorheben, daß wir bei Differieren von Puls und Temperatur dem schnellen, kleinen, fließenden Pulse in diagnostischer und prognostischer Hinsicht großen Wert beimessen und geneigt sind, solche Fälle als schwere anzusehen. Hiezu gesellt sich die vorschiebliche Seitendämpfung, die ein freies Exsudat, ein entzündliches Ödem darstellt und vielleicht Ausdruck einer schnell einen großen Teil des Peritoneums überfallenden Infektion ist. Einigemale sahen wir den Dünndarm in stark kontrahiertem Zustande bei deutlich hyperämischer Serosa und vermuten, daß es sich um den ersten Grad entzündlicher Reizung handelt, dem später die Darmparalyse folgt.

Dann möchte F. noch darauf hinweisen, daß nach appendizitischer Erkrankung mit und ohne Eiterbildung im Peritoneum angeschwollene, in der Radix mesenterii gelegene Drüsen zurückbleiben können, die wegen ihrer recht erheblichen Größe die diagnostische Abgrenzung gegen einen anderen, abdominalen Tumor unmöglich machen. Einen exquisiten derartigen Fall haben wir beobachtet und sind, trotzdem mehrere Appendizitisanfälle vorhergegangen waren, erheblichen Schwierigkeiten in der Diagnose begegnet. Erst das langsame Verschwinden des großen Tumors unter abwartender Behandlung führte uns auf den richtigen Weg. Bei der später vorgenommenen Operation waren die Reste dieser Drüsenpakete noch dem Auge und Finger zugänglich.

Unser chirurgisches Vorgehen faßt F. in folgendem möglichst kurz zusammen.

Der Kranke wird horizontal gelagert und das Operationsgebiet nach Rasieren mechanisch mit Seife und Wasser gereinigt, mit Subtimatlösung wird der Schaum abgespült, und es erfolgt eine Desinfektion der Haut mit aseptischen Händen



durch Äther und Sublimatlösung. Die sonstige Vorbereitung auf der Abteilung besteht — wenn angängig — in einem Vollbad, Entleerung des Darmes durch Eingießung und einer Injektion von 0·01 Morphium. Während der Patient auf dem Operationstische gewaschen wird, bereiten sich Operateur und Assistenten entsprechend vor.

Wir wenden, wenn nicht dringende Gründe einen anderen Weg zwingend vorschreiben, stets die Schnittrichtung im Verlaufe des äußeren Rektusrandes an, wenn irgend angängig unter Schonung der Rektusnerven. Die Länge des Schnittes variiert natürlich außerordentlich, je nach den vorliegenden Schwierigkeiten; die Peritonealöffnung beträgt nicht unter 5 *cm*, und wenn sie auch einmal kleiner ausfällt, so halten wir es nicht für nötig, das zu betonen.

Es ist neuerdings empfohlen, ganz kleine, knopflochartige Schnitte anzulegen, da man kleine Narben erzielen möchte. Wir halten es für unerlaubt, prinzipiell solche ganz unübersichtliche Operationen vorzunehmen und durch solche Inzisionen die Appendix herauszuwürgen. Eine einige Zentimeter längere Narbe wird an dieser Stelle im allgemeinen nicht auffallen, ein Bruch kann, wenn überhaupt, sich auch in solchen Operationswunden bilden und er dürfte in diesem Falle wegen der Enge des Muskelschlitzes in erhöhtem Maße zu Einklemmungen neigen.

Der Vorteil dieser kleinen Schnitte steht in keinem Verhältnis zu dem Nachteil ihrer prinzipmäßigen Anwendung.

Nach kurzer Inspektion und Orientierung wird durch in Kochsalzlösung getränkte Kompressen der sich andrängende Dünndarm zurückgeschoben, was man sich durch eine geringe Beckenhochlagerung erleichtern kann. Ergießt sich schon gleich nach Eröffnung des Bauchraumes trübseröse Flüssigkeit oder Eiter, so wird sie mit feuchten Tupfern, eventuell auch mit einer Kochsalzspülung entfernt, die danach wieder fortgetupft wird. Sind keine Verwachsungen da, so ist die Orientierung leicht, die Appendix kann mit dem Finger oder einer Pinzette hervorgeholt werden. Um sie herum wird zum zweitenmale tamponiert, indem man sie samt Zökum hochhebt, soweit eben die Verhältnisse es erlauben. Auch hiezu werden feuchte, in heiße $^{9}/_{10}$ proz. Kochsalzlösung getauchte Kompressen benützt. Nun wird möglichst an der Wurzel das Mesenterium angebunden, die Serosa an der Einmündung ins Zökum zirkulär umschnitten und zurückgestreift, und zwei Seidenfäden verschließen hier das Zökum einer-, die Appendix andererseits. Ganz dicht an dem ersteren wird die Durchtrennung vorgenommen, diese Stelle wird eingestülpt und durch mehrere Reihen Knopfseidennähte vollkommen versenkt.

Die an zweiter Stelle gelagerten Kompressen werden jetzt entfernt, das Zökum wird mit Kochsalzlösung abgewaschen, die Tamponade nach der freien Bauchhöhle zu wird genommen und das Peritoneum durch fortlaufende Katgutnähte geschlossen. Mittelstarke versenkte Seidenknopfnähte vereinigen auf einmal sämtliche Muskelschichten, so daß sie auf der Aponeurose des Obliquus externus geknüpft werden und eine fortlaufende feine Seidennaht schließt die Hautwunde. Sämtliche spritzenden Gefäße sind natürlich zuvor unterbunden.

Diese Wundnaht unterläßt F. aber, sobald Eiter vorhanden ist, und auch bei Anwesenheit trübserösen Exsudates wird die Wunde nur verkleinert, auf das Zökum aber ein Vioformgazestreifen gelegt, der im unteren Wundwinkel herausgeleitet wird. F. spült auch bei Anwesenheit von Eiter in der Umgebung des Prozesses sehr ergiebig diese Gegend mit einem schwachen Kochsalzstrahl aus, ehe die nach der freien Bauchhöhle hin liegenden Kompressen entfernt werden.

Diese feuchte Behandlung, die F. übrigens bei allen intraabdominellen Operationen der trockenen vorziehen, wird allgemein geübt, es ist darum wohl erlaubt, wiederum auf die offenbaren Vorzüge hinzuweisen. Kein trockener Tupfer kann so schonend und so sicher die Bakterien und ihre Produkte entfernen, wie der milde Kochsalzstrahl es tut. Die Bakterien werden durch ihn gleichsam emulgiert, ihre Toxine verdünnt und der größte Teil daraus hinausgeschwemmt. Wir wissen durch eine ganze Anzahl von Versuchen, daß die Wirkung der Bakterien desto stärker ist, in je konzentrierterer Lösung sie in die Bauchhöhle geraten, daß das Peritoneum aber Zeit zum Widerstand gewinnt, wenn sie in einer größeren Flüssigkeitsmenge und damit über eine größere Strecke der Bauchhöhle verteilt werden. Hiezu kommt noch die in letzter Zeit durch Arbeiten aus der v. Mikuliczschen Klinik begründete Kenntnis von der Vermehrung der natürlichen Resistenz des Peritoneums durch intraperitoneale Kochsalzeinspritzungen. Zu diesen ganz objektiv ermittelten Tatsachen darf man auch wohl die auf Erfahrung begründete Ansicht hinzufügen, die auch Nordmann in seiner Arbeit anführt, daß die Serosa der Darmschlingen sich in ihrem Aussehen nach einer reichlichen Salzspülung erheblich bessert. Endlich ist noch ein sehr wichtiges Moment zu nennen, das bei F.'s bisherigen technischen Auseinandersetzungen noch nicht in Frage kam, das ist die reichliche Flüssigkeitsaufnahme durchs Peritoneum, indem man die Salzlösung nicht abfließen läßt, sondern zum größten Teile in der Bauchhöhle zurückläßt.

Die einfache Berieselung des vorliegenden, durch Tamponade von den übrigen Därmen getrennten Teiles ersetzen wir bei allgemeiner und sehr ausgedehnter eitriger Peritonitis durch ein energisches Ausspülen möglichst der ganzen Bauchhöhle. Wir eventrieren aber die Därme nicht, sondern führen ein größeres Gummirohr unter Leitung von Auge und Hand möglichst weit nach allen Seiten der Bauchhöhle vor und berieseln so ihren größten Teil mit reichlichen Mengen Flüssigkeit. Das geschieht so lange, bis die Flüssigkeit aus der Wunde annähernd rein abfließt. Hiebei ist weniger wichtig, ein paar lockere, wertlos zu nennende Adhäsionen zu schonen, als sicher und gut und mit sehr ergiebigen Mengen alle Buchten der Höhle nach Möglichkeit auszuwaschen. Wir legen in diesen Fällen auch Gegeninzisionen an, die dann nur einige Zentimeter lang gemacht werden und als Drainageöffnungen dienen sollen. In letzter Zeit haben wir uns jedoch meist mit der Operationsöffnung begnügt, die unter diesen Umständen entsprechend groß angelegt wurde.

Ist die Spülung beendet, so wird nach den verschiedenen Seiten der Bauchhöhle ein Tampon vorgeschoben, namentlich auch die so häufigen Douglasabszesse werden breit tamponiert bis in ihren untersten Winkel und die ganze Wunde wird durch einen Tampon breit offen gehalten. Zu dieser Tamponade benutzen wir Vioformgaze, die uns mit allen Vorteilen der Jodoformgaze nichts von ihren Nachteilen zu besitzen scheint. Sollte bei stärkerem Meteorismus ein Darmprolaps drohen, so wird die Wunde mit ein paar durchgreifenden Nähten über den Tampons so weit zusammengezogen, daß ein Vortreten der Därme verhindert wird. Sonst wird keine Naht zwecks Wundvereinigung gemacht. Drainrohre verwenden wir anfänglich gar nicht, da sie uns zu dünn erscheinen, um wirklich Flüssigkeitsmengen aus der in diesem Zustand doch meist schnell Verklebungen bildenden Bauchhöhle abzuleiten. Die breite, dünne Fläche der Gazestreifen hindert diese schnelle Verklebung besser und scheint uns den Eiter- und Sekretabfluß sicherer zu garantieren. Erst wenn im späteren Stadium ein umgrenzter Abszess, z. B. im Douglas noch sezerniert, wenden wir umwickelte Drains an, da sich inzwischen die Bauchhöhle gereinigt und abgeschlossen hat und ein Drainrohr unter diesen Umständen wohl die Sekrete einer Abszeßhöhle besser entfernt.

(Schluß folgt.)

III. Aus der Praxis.

Pyrenol in der Therapie der Respirationsorgane. Von Dr. P. Schütte, Magdeburg. (Deutsche medizinische Presse Nr. 19, Berlin, Oktober 1907.)

Das Pyrenol sollte wegen seiner Vielseitigkeit an wirksamen Eigenschaften jedem Arzte bekannt sein. Es gibt wohl kaum ein Mittel, welches neben einer Mannigfaltigkeit und



Promptheit seiner Wirkungsweise zugleich den Vorzug des Fehlens jeder schädlichen und gefahrbringenden Nebeneigenschaften in so ausgesprochenem Grade besitzt.

Das Pyrenol ist nicht nur ein ausgezeichnetes Expektorans und Sedativum, sondern hat auch antifebrile und antirheumatische Eigenschaften. In letzter Hinsicht hat es den Vorzug, daß es anregend und kräftigend auf die Herztätigkeit einwirkt, während man bei den Salizyl- und verwandten Präparaten vielfach kollabierende Wirkungen beobachtete.

Für die Erkrankungen der Respirationsorgane stellt das Pyrenol nach den an reichem Material gesammelten Erfahrungen des Verfassers ein hervorragendes Spezifikum dar, das noch dazu die Hebung des Allgemeinzustandes insofern befördern hilft, als es appetitanregend wirkt, den Stoffwechsel hebt und die Herztätigkeit in günstiger Weise beeinflußt.

Bei Pneumonien, Pleuritiden und anderen fieberhaften Erkrankungen hat Pyrenol zugleich einen hervorragenden antifebrilen Wert. Abgesehen von den hustenstillenden und später im Stadium der Lysis sich so wunderbar bewährenden expektorierenden Wirkungen zeigte sich Pyrenol hier auch als „unfehlbares Sedativum" gegenüber den heftigen stechenden Brustschmerzen.

Die akuten Larynx- und Bronchialkatarrhe verliefen bei weitem rascher und günstiger als beim Gebrauche anderer innerer Mittel. Hier erwies sich wieder die Vielseitigkeit des Präparates als einzig dastehend, indem die expektorierenden Wirkungen durch die sedativen und antifebrilen in einer Weise ergänzt wurden, wie man es auf einem anderen Wege zu erzielen kaum imstande ist.

Bei den chronischen Bronchialkatarrhen und bei Emphysem bewährte sich Pyrenol auch in inveterierten Fällen als ein Erleichterungs- und Linderungsmittel wie kein zweites.

Bei Asthma, nervosum und bronchiale, leistete Pyrenol hervorragende Dienste. Beseitigung der Geräusche des Hustens und der Anfälle. Von wesentlicher Bedeutung ist hiebei, daß Pyrenol unbedenklich längere Zeit hintereinander gegeben werden kann. Aus den Krankengeschichten ist als besonders bemerkenswert hervorzuheben, daß Pyrenol bei Asthma und Emphysem auch da seine vorzüglichen Wirkungen entfaltete, wo Jodkali versagt hatte.

Für Pertussis bestätigt Verfasser rückhaltslos den von zahlreichen Autoren festgestellten spezifischen Einfluß der Pyrenolmedikation, die eine mildere Form und kürzere Dauer des Keuchhustens bedingt.

Symptomatisch wertvoll wirkte Pyrenol auch bei Lungenphthise; selbst bei Komplikation mit Larynxtuberkulose kamen die sedativen Eigenschaften in hohem Maße zur Geltung.

Dosierung des Pyrenols: 1. Tabletten. Erwachsene 3—4mal täglich 1—3 Stück. Kinder $^1/_4$—1 Tablette 3—4mal täglich, eventuell zerrieben in Zuckerwasser, Milch, Fencheltee usw. 2. Lösungen: 2—5% Erwachsene 2—3stündlich 1 Eßlöffel; Kinder $^1/_2$—1 Teelöffel in etwas Himbeerwasser.

In einem Satz kondensiert lautet das Endurteil des Verfassers dahin: „daß es gerade in der Therapie der Atmungsorgane ein wertvolleres Mittel als Pyrenol nicht gibt."

IV. Notizen.

Wien. Hofrat v. Eiselsberg wurde zum korrespondierenden Mitgliede der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte und der Association française d'urologie gewählt.

Graz. Zahnarzt Dr. Franz Trauner aus Wien wurde zum a. o. Professor der Zahnheilkunde in Graz ernannt.

Marburg. Prof. Walter Stoeckel (Greifswald) wurde zum ordentlichen Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie nach Marburg berufen.

Prag. Die Privatdozenten an der deutschen Universität in Prag Dr. Egmund Münzer, Dr. Rudolf Winternitz, Dr. Gott-

fried Pick, Dr. Ludwig Waelsch und Dr. Viktor Lieblein erhielten den Titel eines außerordentlichen Universitätsprofessors.

Görz. Kais. Rat Dr. Aron Luzzatto in Görz erhielt das Ritterkreuz des Ordens der Krone von Italien.

Sarajewo. Dr. Leopold Glück, Primararzt am bosnisch-herzegovinischen Landesspitale in Sarajewo ist vor einigen Tagen gestorben.

Kaiser Jubiläumsspital in Wien. In der Sitzung vom 14. Juni d. J. beschloß der Wiener Gemeinderat die Widmung eines Betrages von 10 Millionen Kronen zum Zwecke der Erbauung einer Krankenanstalt in Wien. Die durch den Bürgermeister mit der k. k. niederösterreichischen Statthalterei gepflogenen Verhandlungen haben zu keinem befriedigenden Resultate geführt. Die Gemeinde Wien wird daher das Regierungsjubiläumsspital selbst erbauen und als eine öffentliche Krankenanstalt selbst betreiben. Den idealsten Bauplatz besitzt die Gemeinde zum großen Teile selbst, und zwar angrenzend an das Versorgungshaus im XIII. Bezirke. Für den Ankauf der Spitalbaugründe wären rund K 470.000 erforderlich. Durch die Genehmigung dieser Grundkäufe würde die Gemeinde Wien Eigentümerin eines Grundkomplexes von nahezu 700.000 Quadratmeter sein, auf dem sich das Versorgungsheim, das Spital und das Bürgerversorgungshaus mit seinen Zweiganstalten befinden würde. Am 9. Oktober d. J. wurden folgende Anträge angenommen: 1. Freiwillig und ohne Anerkennung einer gesetzlichen Verpflichtung hiezu beschließt der Wiener Gemeinderat in der Absicht, der Wiener Spitalsnot so rasch und so weitgehend als möglich abzuhelfen, die als Denkmal der Erinnerung an das 60jährige Regierungsjubiläum Sr. Majestät des Kaisers zu errichtende Krankenanstalt als ein öffentliches Spital auf eigenem Grunde und Boden, und zwar mit einem Belegraume von 1000 Betten, selbst zu erbauen und selbst zu verwalten. 2. Zu diesem Zwecke widmet die Gemeinde Wien außer den bereits mit Gemeindebeschluß vom 14. Juni d. J. bewilligten zehn Millionen Kronen einen ihr gehörigen Grundkomplex in Lainz, der durch Grunderwerbungen entsprechend zu arrondieren ist. 3. Die zum Spitalbaue nicht benötigten Gründe in Lainz-Speising sind ebenfalls durch Grunderwerbungen entsprechend zu arrondieren und bleiben für den Neubau eines Bürgerversorgungshauses gewidmet, mit dem in Verbindung ein Versorgungshaus für den Mittelstand, eventuell auch andere Wohltätigkeitsanstalten (Wöchnerinnenheime usw.) errichtet werden sollen. 4. Die gleichzeitig beantragten Grunderwerbungen werden nach den vorliegenden Stadtratsanträgen genehmigt. 5. Der Magistrat wird beauftragt, Detailprojekte und Kostenvoranschläge für den Bau der Krankenanstalt mit aller Beschleunigung vorzulegen, so daß mit dem Baue, wenn möglich, schon im Frühjahre 1908 begonnen werden kann.

Maré, Dr. med. P., Des Kindes Ernährung, Pflege und Erziehung von der Geburt bis zum Schulbeginn. 116 S. Leipzig, Krüger & Co. M 1.50. — Im Brennpunkt aller sozialhygienen Bestrebungen steht heute die Abhilfe der Säuglingssterblichkeit. Zu ihrer Beschränkung müssen Haus und Familie, Ärzte und alle, die es angeht, mit vereinten Kräften ankämpfen. Hier tritt nun die vorliegende Schrift ein und erfüllt eine Lücke, indem sie allen, denen die Pflege des Kindes obliegt, Ratschläge eines Arztes zur Beschränkung der Kindersterblichkeit auf Grund reicher Erfahrungen und der neuesten wissenschaftlichen Forschungen erteilt.

V. Offene Stellen.

Kaiser Franz Josef-Ambulatorium in Wien. An dieser Anstalt gelangen die Stellen zweier Abteilungsvorstände für Urologie zur Besetzung. Bewerber haben ihre Gesuche bis spätestens 10. November 1907 bei der Direktion, VI., Sandwirtgasse 3, einzureichen.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

DEC 9 1907

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 45. Wien, 9. November 1907. Nr. 45.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Beitrag zur Kenntnis von den toxischen Kehlkopflähmungen.

Von **Prof. O. Seifert**, Würzburg.

(Schluß.)

Es unterliegt auch keinem Zweifel, daß es sich in diesem Falle um eine Kupfervergiftung durch Einatmung resp. Verschlucken von Kupferstaub (Cuprum sulfuricum) handelte, deren erste Erscheinungen in einer akuten Gastro-Enteritis und deren spätere Erscheinungen in einer toxischen Neuritis des linken N. recurrens bestanden. Es ist demnach dieser Fall den bisher durch Blei, Antimon, Phosphor, Arsenik, Atropin, Strammonium, Cannabis indica, Opium, Kokain, Alkohol und Tabak hervorgerufenen toxischen Kehlkopflähmungen anzureihen. Heymann[8]) weiß über akute Kupfervergiftungen und Mitbeteiligung des Kehlkopfes nichts anzugeben und findet, daß es nicht ganz sichergestellt sei, ob sich bei chronischer Kupfervergiftung Kehlkopflähmungen finden.

Eine weitere Gruppe von toxischen Kehlkopflähmungen sind die durch Toxine verschiedener Art zustande kommenden Kehlkopflähmungen, die wir wohl auch als Neuritiden ansehen müssen. Es ist zur Genüge bekannt, daß schwere Infektionskrankheiten zu wirklichen Paralysen des Kehlkopfes führen können. Es ist das besonders unter den akuten Krankheiten die Diphtherie, der Typhus, die Variola, die Scarlatina, Cholera, Angina, das Erysipel, seltener die Morbillen, wie dies Schrötter[9]) in einem Falle beobachtet hat. Auf die Entstehung von Stimmbandlähmungen bei Ikterus hat Gerhardt[10]) hingewiesen; es muß sich da um toxische Neuritis gehandelt haben. Inwieweit auch Malariatoxine zu derartigen ätiologischen Momenten zu rechnen sind, wage ich nicht zu entscheiden. Recht selten scheinen die durch Stoffwechselprodukte der Pneumokokken erzeugten Kehlkopflähmungen zu sein, zu deren Illustration Dege[11]) einen Fall anführt unter Berücksichtigung der spärlichen hierauf bezüglichen Literatur (v. Mielecki, Pieper). In einer Arbeit über Portikuslähmung bei Gonorrhoe legte Lazarus[12]) die Kehlkopflähmung einer gonorrhoischen Neuritis des N. larynx inferior zur Last.

Häufiger scheinen die bei der Influenza gebildeten Toxine Kehlkopflähmungen herbeizuführen; so habe ich[13]) seinerzeit einen Fall von Vaguslähmung im Gefolge der Influenza beschrieben, Onodi[14]) sah eine isolierte Lähmung des M. circovaryt. lateralis, Rosenberg[15]) weist der Influenza eine Rolle in der Erzeugung von Kehlkopflähmungen zu; nach der Anschauung von Powell[16]) ist der von Kelsom vorgestellte Fall als eine periphere Neuritis zu betrachten, als Resultat einer Toxinwirkung durch Influenza. Nach Semon[17]) kann unseren neueren Erfahrungen über die Kehlkopflähmungen nach Influenza entsprechend kein Zweifel darüber vorhanden sein, daß periphere Neuritis eine häufigere Ursache von laryngealer Paralyse bildet, als im allgemeinen angenommen wird. Dieser Anschauung Semons werden auch die Herren Fachkollegen ohne Einwände zustimmen können, zumal wir ja alle die mächtige Einwirkung der Influenzatoxine auf das zentrale und periphere Nervensystem kennen und zum großen Teil wohl auch an uns selbst schon erfahren haben. Mit wenigen Worten möchte ich zur Illustration des eben Gesagten einen Fall anführen, bei welchem die Diagnose Influenza allerdings nicht mit Sicherheit gestellt werden konnte.

Am 12. Oktober 1905 konsultierte mich ein etwas über 50 Jahre alter Kollege aus Thüringen. Während der Monate August und September 1905 hatte er mehrere Wochen an unregelmäßigen Fieberzuständen, Appetitlosigkeit usw. gelitten, Typhus konnte ausgeschlossen werden, so daß mit großer Wahrscheinlichkeit Influenza angenommen werden konnte. Kurze Zeit nach dem Aufhören des Fiebers stellte sich Stimmlosigkeit ein, die nach mehrwöchigem Bestehen sich besserte. Sobald der Patient reisefähig war, kam er zu mir.

Statur: Patient von guter Körperkonstitution, weder an den Lymphdrüsen, der Schilddrüse, den Lungen, dem Zirkulationsapparate irgend welche pathologischen Verän-

[8]) Heyman: l. c. p. 261.
[9]) Schrötter: Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes. 1892. p. 415.
[10]) Gerhardt: Deutsche med. Wochenschr. 1887. p. 16.
[11]) Dege: Berlin. Klin. Wochenschr. 1906. p. 45.
[12]) Lazarus: Arch. f. Laryng. V. Bd.
[13]) Seifert: Revue de laryng. 1896. p. 52.
[14]) Onodi I. Friedrich: Rhinologie, Laryngol. u. Otologie usw. 1899. p. 123.
[15]) Rosenberg: Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes. 1899.
[16]) Powell: Intern. Centralbl. f. Laryng. 1906. p. 350.
[17]) Semon: L. c. 707.

derungen nachweisbar. Stimme hoch, schwach, monoton, unrein, heiser, leicht ins Falset überschlagend.

Die laryngoskopische Untersuchung ergab eine totale rechtsseitige Rekurrenslähmung. Da keinerlei anderweitige Ursache für diese nachgewiesen werden konnte und die Lähmung im Anschlusse an eine länger dauernde fieberhafte Erkrankung aufgetreten war, mußte ich eine periphere Neuritis des Rekurrens annehmen, welche durch ein Toxin hervorgerufen war. Ob es sich um ein Influenzatoxin oder um ein von einer anderweitigen Infektionskrankheit gebildetes Toxin handelte, vermag ich nicht zu entscheiden. Entsprechend dieser Annahme stellte ich die Prognose günstig und der Verlauf der Erkrankung gab mir recht; erst in diesen Tagen erhielt ich ein erneute Mitteilung, daß die Stimme vollkommen normal sei, wenn auch noch das Gefühl leichter Ermüdbarkeit besteht. Mit diesem Beitrage zur Kenntnis von den toxischen Kehlkopflähmungen verband ich die Absicht, nicht nur die Seltenheit von solchen durch organische und anorganische Gifte hervorgerufenen Lähmungen zu betonen und durch einen interessanten Fall zu illustrieren, sondern mehr noch zur Diskussion über die Frage Anregung zu geben, ob auch nach anderweitigen Erfahrungen die Toxine der verschiedenartigsten Infektionskrankheiten verhältnismäßig häufiger als die organischen und anorganischen Gifte Kehlkopflähmungen erzeugen können. Ferner wäre es mir von Interesse zu erfahren, ob gerade bei dieser letzten Gruppe von toxischen Kehlkopflähmungen auch von anderer Seite die Berechtigung zur Stellung einer günstigen Prognose anerkannt wird.

32. Hauptversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

F. Unter außerordentlich zahlreicher Beteiligung seiner Mitglieder aus allen Teilen des Reiches trat in Bremen (11. September) im Festsaale des Künstlervereins der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege zu seiner 32. Hauptversammlung zusammen. Neben der Reichsregierung und den verschiedenen deutschen Bundesstaaten haben auch zahlreiche Kommunen, gemeinnützige Körperschaften, ärztliche und andere Berufsvereine besondere Delegierte entsandt. So sind unter anderem vertreten die Stadtverwaltungen von Berlin, Hamburg, Köln, Hannover, München, Stuttgart, Wiesbaden, Halle, Nürnberg, Leipzig, Frankfurt a. M., Straßburg i. E., Mannheim, Magdeburg, Königsberg, Lübeck, Kiel, Dortmund usw. Den Senat der Stadt Bremen vertrat Bürgermeister Barkhausen, der die Versammlung mit einer längeren Ansprache begrüßte. Er erinnerte an die Worte Pettenkofers bei der Begründung des Deutschen Vereins, daß auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege die Gemeinden die Hauptarbeit zu leisten hätten und daß alle Fortschritte auf diesem Gebiete nur auf dem Wege der Selbstverwaltung zu erreichen seien. Deshalb sei es sehr zu begrüßen, daß die Stadtgemeinden als die vornehmsten Träger der Selbstverwaltung so zahlreich Mitglieder des Deutschen Vereins seien. Der Redner schildert dann die großen Auflagen, welche die öffentliche Gesundheitspflege besonders der mit einem großen Hafen- und Auswandererverkehr arbeitenden Stadt Bremen verursache, und betonte, daß es trotzdem Pflicht jedes Gemeinwesens sei, für die Hygiene das äußerste zu tun.

Hierauf sprach Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Flügge, Breslau, über das aktuelle und wichtige Thema der Genickstarre.

Der bekannte Gelehrte hat speziell die Epidemie in Oberschlesien verfolgt und machte interessante Mitteilungen über die Art der Verbreitung und der Maßregeln zur Bekämpfung der unheimlichen Seuche. Die Untersuchungen des Redners über den Meningokokkus, den Krankheitserreger, haben ergeben, daß dieser außerhalb des menschlichen Körpers rasch zugrunde geht, auch auf Tiere nicht übertragbar ist. Seine Verbreitung kann daher nur von Mensch zu Mensch im direkten Verkehr erfolgen. Das regelmäßige Vorkommen des Meningokokkus in den Meningen der Genickstarrekranken ist, da er von dort nicht nach außen gelangen kann, für die Verbreitung der Krankheit ohne Bedeutung. Die einzige Ansiedlungsstätte, von der aus die Erreger auf die Umgebung übergehen können, findet sich im oberen Teile des Rachens. Hier begegnet man aber der stärksten Wucherung vor bezw. bei Ausbruch der Meningitis; vom fünften Krankheitstage ab verschwinden die Kokken allmählich. Reichliche Meningokokken lassen sich aber außerdem nachweisen im Rachen zahlreicher Menschen aus der näheren Umgebung des Kranken. Bei der Untersuchung von Familienmitgliedern und von Soldaten des gleichen Mannschaftszimmers sind bei etwa 70% Meningokokken gefunden worden. Diese „Kokkenträger" zeigen teils gar keine Krankheitserscheinungen, teils leichte Pharyngitis. Die Kokken verbleiben im Mittel drei Wochen lang im Rachen der Befallenen. Zu Zeiten und in Gegenden, wo Genickstarreerkrankungen fehlten, wurden auch bei Massenuntersuchungen Meningokokken im Pharynx nicht gefunden. Die Meningokokken scheinen sich von den Trägern zu anderen Menschen nur durch frisches, feuchtes Rachensekret zu verbreiten; entweder durch die beim Sprechen oder Husten verspritzten Sekrettröpfchen oder durch gemeinsames Eß- oder Trinkgeschirr, Taschen- und Handtücher. Da die Kokkenträger wohl zehn- bis zwanzigmal zahlreicher sind, als die Genickstarrekranken, da die Träger mit zahlreichen Menschen frei verkehren, während die Kranken nur mit wenigen Erwachsenen im Verkehr bleiben und auch mit diesen unter Vorsichtsmaßregeln, da die Kokken bei den Trägern drei Wochen lang im Rachen haften, während sie beim Genickstarrekranken früh verschwinden, so sind die Träger bei der Ausbreitung der Meningokokken weitaus in erster Linie beteiligt. Durch sie erfolgt vorzugsweise ebensowohl die Einschleppung der Kokken an einen bis dahin verschonten Ort, wie auch die Verbreitung innerhalb einer Ortschaft. Aus der großen Zahl der infizierten Träger erkranken stets nur wenige disponierte Individuen, namentlich Kinder, unter den Erscheinungen der Genickstarre. Epidemiologisch ist ermittelt, daß Einschleppungen in bisher genickstarrefreie Orte oft durch gesunde Personen erfolgt sind, die aus Genickstarreorten kamen. Einschleppung durch leblose Gegenstände ist nicht einwandfrei erwiesen. Übertragungen von Genickstarrekranken aus auf Ärzte, auf Pflegepersonal oder andere Kranke im gleichen Krankenhause sind so gut wie niemals beobachtet. Selbst in stark bewohnten Häusern und in kinderreichen Familien kommt fast stets nur eine Erkrankung vor. Bei der Bekämpfung der Genickstarre haben wir daher von dem bei anderen übertragbaren Krankheiten gewohnten Schema wenig zu erwarten. An einer Isolierung des Kranken in der Weise, wie sie das Seuchengesetz vorsieht, wird man allerdings festhalten, weil die Ausstreuung von Erregern vom Kranken aus immerhin nicht unmöglich ist; die Aufnahme in ein Krankenhaus wird nach wie vor zu empfehlen sein, schon weil fachgemäße Pflege und Behandlung bei dieser Krankheit meist nur im Krankenhause gewährt werden kann. Eine Desinfektion nach Ablauf der Krankheit ist angesichts der großen Widerstandslosigkeit der Erreger von geringer Bedeutung. Hauptsächlich muß das Augenmerk auf die Kokkenträger gerichtet werden. Diese stets durch bakteriologische Untersuchung zu ermitteln, empfiehlt sich nicht, da die Kokken in dem eingesandten Material schon während des Transportes abzusterben pflegen; man wird solche Untersuchungen auf besondere geeignete Fälle (Kasernen, Schulen usw.) beschränken müssen, wo die Untersuchung unmittelbar an die Entnahme des Materials angeschlossen werden kann. Im übrigen ist es zweckmäßig, ohne weiteres anzunehmen, daß jeder, der mit dem Kranken vor dessen Erkrankung oder mit anderen mutmaßlichen Kokkenträgern in nahem persönlichen Verkehr gestanden hat, zu den Kokkenträgern gehört. Bei der großen Zahl der Kokkenträger sind Freiheits- und Verkehrsbeschränkungen für diese undurchführbar. Eine nützliche Wirkung von irgend welchen Gurgelungen, Pinselungen usw. konnte bisher nicht festgestellt werden. Daher bleibt nichts anderes übrig, als den mutmaßlichen Kokkenträgern kurze Merkblätter



einzuhändigen, in denen ihnen Vorsicht im Verkehre mit anderen Menschen für die nächsten Wochen dringend empfohlen wird. Weiterhin ist die übrige Bevölkerung auf die Gefahr, die von jenen Trägern ausgeht, in geeigneter Weise hinzuweisen. Ganz besonders sind diese Vorsichtsmaßregeln zu beachten gegenüber den zur Erkrankung stark disponierten Kindern.

In der Debatte brachte zunächst Dr. Bruns, Gelsenkirchen, vom dortigen bakteriologischen Institut die Erfahrungen zur Sprache, die man im Ruhrkohlengebiete bei der Verbreitung und Bekämpfung der epidemischen Genickstarre gemacht hat. Betroffen wurden dort vor allem die Regierungsbezirke Düsseldorf und Arnsberg. Mit Freude könne er konstatieren, daß die Bekämpfer der Krankheit in Oberschlesien und im Ruhrrevier in dem Hauptpunkte, der Übertragbarkeit der Meningokokken, durchaus übereinstimmen. (Beifall.) Weiterhin soll noch festgestellt werden, daß die Epidemie erst zustande komme, wenn einige Monate vorher besondere Umstände, speziell auf meteorologischem Gebiete, vorgeherrscht hätten, welche die Kokkenbildung begünstigten. Tatsache sei, daß im Ruhrrevier die vorhergegangenen Wintererkältungen einen außerordentlich günstigen Boden für die Verbreitung der Epidemie gebildet hätten. Die möglichste Isolierung der Kranken sei daher angebracht, jedoch bei der Abneigung unserer Bevölkerung gegen derartige Isolierungen nur sehr schwer durchführbar. Man sollte vor allem auf die Schaffung recht vieler kleiner bakteriologischer Untersuchungsstationen Wert legen. (Beifall.)

Direktor Dr. Czapelewski, Cöln, vom dortigen bakteriologischen Laboratorium, schilderte den Verlauf der Genickstarreepidemie in Cöln, die 531 Untersuchungen nötig machte. Dabei sei ebenfalls die große Ansteckungsgefahr bei dieser Krankheit festgestellt worden, die u. a. auch durch Küsse übertragen werden könne. Die Tatsache, daß die Krankheit zunächst beim Militär in die Erscheinung trat und dann allmählich auch die Zivilbevölkerung ergriff, sei zum großen Teile aus dem Hang zum Küchenpersonal der Soldaten zu erklären. (Heiterkeit.)

Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Kirchner vom Preußischen Kultusministerium bemerkte: Wir sind in der letzten Zeit fortwährend von der Presse angegriffen worden, weil die preußische Medizinalverwaltung angeblich in der Genickstarreangelegenheit ihre Pflicht nicht tue. Es hat sich infolgedessen in gewissen Kreisen eine Beunruhigung gezeigt und diese Kreise machen dem Kultusministerium gewissermaßen den Vorwurf, daß es seine Schuld sei, wenn heute im preußischen Staate überhaupt noch die Genickstarre grassiere. (Heiterkeit und Beifall.) Ich kann erklären, daß wir diese Vorwürfe mit Ruhe tragen. Und was Geh. Rat Flügge dargelegt hat, zeigt, daß kein Anlaß da ist, solche Vorwürfe zu erheben. (Beifall.) Wenn der Staat in solchen Dingen energisch vorgehen soll, muß er die erforderlichen gesetzlichen Unterlagen haben. Als das Seuchengesetz seinerzeit erlassen wurde, da wurde unsererseits der Versuch gemacht, die Erfahrungen der letzten Jahre zu verwerten. Doch diese Vorschläge fanden keinen Beifall und so ist es in der Tat möglich gewesen, das in das Gesetz hineinzubringen, was unseres Erachtens nicht hineingehört hätte. (Bewegung.) Nun ist in gewissen Kreisen, so vor allem im Industriegebiete, der Wunsch hervorgetreten, in Ansehung der Bedeutung der Kokkenträger diese abzusondern, und man hat geglaubt, der Epidemie auf diese Weise Herr zu werden. Das Gesetz schreibt aber vor, daß dann zumindest der entgangene Arbeitslohn ersetzt wird. Im Industriegebiete hat man nun auch die dafür notwendigen Mittel flüssig zu machen versucht. Die Erfahrungen waren aber nicht sehr ermutigend. Man muß nämlich nicht nur die Kranken, sondern auch die Krankheitsverdächtigen isolieren, und was das heißt, wissen wir alle. Die Ausgaben für die Allgemeinheit würden ganz außerordentlich groß werden. Außerdem sind die Möglichkeiten einer anderweitigen Verbreitung der Kokken doch auch noch so wenig erforscht, daß man die größten Bedenken haben muß, derartigen Anregungen Folge zu geben. Dazu kommt, daß die Kokkenträger in den ersten Wochen doch vollkommen gesund sind und ihre Absonderung daher einmal ihnen selbst allerlei Unzuträglichkeiten bereiten, zum anderen aber auch Wochen und Monate in Anspruch nehmen würde. Da man außerdem zwanzigmal so viel Leute absondern müßte, als wirklich krank in Frage kommen, so würden Staat und Gemeinden bald am Ende ihrer Leistungsfähigkeit angelangt sein. Trotzdem wäre es sehr bedauerlich, wenn im Publikum die Meinung entstehen sollte, daß eine Absonderung bei der Genickstarre überhaupt nicht möglich sei, deshalb haben wir es seinerzeit durchaus gebilligt, als der Regierungspräsident in Oppeln kranke Kinder absondern ließ. Ich habe in Oberschlesien Hunderte von Meningitiskranken zu beobachten Gelegenheit gehabt und bin ganz unter dem deprimierenden Eindruck gestanden, den solche Kranke, vor allem Kinder, auf die Umgebung hervorrufen. Deshalb halte ich besonders die Isolierung der Kinder für notwendig. (Beifall.) Daneben muß eine durchgreifende Desinfektion stattfinden. Nicht die Schlußdesinfektion, sondern die dauernde Desinfektion vom ersten Tage an bis zum letzten ist wichtig. (Beifall.)

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

Über einen neuen Katheter-Dampfsterilisator mit Aufbewahrungsbehältern für die einzelnen Katheter. Von Doktor Arthur Bloch.

Sehr bald nach Einführung der Antisepsis im Operationssaal erkannte man, daß auch zur urologischen Prophylaxe und Therapie der Harnkrankheiten vor allem saubere, das heißt sterile Instrumente gehörten, und es häuften sich sehr bald die Angaben der Methoden und Apparate, welche eine sichere Sterilisation urologischer Instrumente, vor allem der Katheter, bewirken sollten. Liegt bei einem Patienten keine Altersveränderung der Prostata vor und funktioniert seine Blase gut, so ist die Forderung absolut steriler Instrumente keine durchaus dringende. Diese Forderung muß aber gestellt werden, wenn aus irgend einer Ursache Residualharnmengen in der Blase verbleiben; denn diese stellen einen vorzüglichen Nährboden für Infektionserreger dar, welche durch Instrumente in die Blase importiert werden. Ganz besonders ist der Prostatiker dieser Gefahr ausgesetzt. Wenn nun ein solcher Patient zur regelmäßigen Behandlung zum Arzte kommt, so ist es immerhin meist leicht möglich, seine Blase rein und den Urin klar zu erhalten; gibt man aber ihm selbst den Katheter in die Hand, so übernimmt man trotz aller Verhaltungsmaßregeln eine große Verantwortung. Denn die Hauptschwierigkeit besteht darin, dem Prostatiker die Möglichkeit zu geben, auf einfache und rasche Weise den Katheter keimfrei zu machen und ihn eventuell auch eine Zeit lang keimfrei aufzubewahren. Kann der Patient einen weichen Katheter benutzen, so ist die Schwierigkeit ebenfalls geringer, denn der aus vulkanisiertem Kautschuk bestehende Nelatonsche Katheter läßt sich leicht in Wasser auskochen und so sterilisieren, ohne daß sein Material wesentlichen Schaden nimmt. Die Schwierigkeit wächst aber, wenn bei dem Kranken die Prostatalappen so weit das Harnröhrenlumen verlegen, daß eine Katheterisierung nur mittels mittelweichen (Seidengespinnst-) Katheters mit Mercierscher Krümmung möglich ist. Denn Apparate und Methoden, die solche Katheter sterilisieren sollen, haben folgende Forderungen zu erfüllen:

1. Sie müssen in möglichst kurzer Zeit Außen- und Innenseite des Katheters keimfrei machen, ohne daß das Material des Instrumentes Schaden nimmt (d. h. die Imprägnierungsmasse weich und damit die Oberfläche rauh wird).

2. Es dürfen nach der Sterilisation keine chemischen Substanzen am Katheter haften bleiben, durch die bei der Einführung die Urethralschleimhaut eine schmerzhafte Reizung erfahren würde.

Der Wunsch Kapsammers, es möge eine kritische Sichtung jener „Unsummen von Publikationen“ über dieses Gebiet erfolgen, war daher in bezug auf obige Anforderungen



vollauf berechtigt. Goldberg (1902) ist denn auch diesem Wunsche nachgekommen; er hat in erschöpfender Weise die bis dahin angegebenen chemischen und physikalischen Sterilisationsmethoden einer eingehenden Nachuntersuchung und Kritik unterworfen; mit Recht hat er dabei Methoden verworfen, die von ihren Autoren als sicher keimtötend gerühmt waren, ohne daß eindeutige bakteriologische Nachweise jene Behauptungen gestützt hätten. Unter den chemischen waren es flüssige (Sublimat, Formollösung, Hydrarg. oxycyanat.) und gasförmige (Quecksilberdämpfe, schweflige Säure, Formaldehyddämpfe) Desinfizientien, welche von den einen Autoren als zweckentsprechend gepriesen, von den anderen deshalb in Mißkredit gebracht wurden, weil sie entweder keine vollkommene Sterilisation der Instrumente herbeiführten, oder dies nur unter starker Schädigung des Materials oder schließlich mit Hinterlassung schleimhautreizender Substanzen zuwege brachten. Es bedeutete somit einen Fortschritt, als die Hitze zu diesen Zwecken verwandt wurde, da ihre Durchdringungskraft alle chemischen Mittel übertraf. Sie fand versuchsweise ihre Anwendung in Form von überhitzter Luft, kochendem Wasser und strömendem Dampf. Die Anwendung der überhitzten Luft wurde jedoch bald wieder aufgegeben, da sie zur Desinfektion der Katheter zu lange Zeit brauchte und daher mit ihren hohen Hitzegraden das Kathetermaterial rasch schädigte. Aus demselben Grunde fand auch die Benutzung des kochenden Wassers zu diesem Zwecke erst Anhänger, als man gelernt hatte, durch Zusätze von Kochsalz (Claudius), schwefelsaurem Ammon (Hermanns) oder Zucker (Heusner) das Kathetermaterial zu schonen. Jedoch komplizierte sich dadurch wieder diese Methode, da nun nach der Desinfektion erst wieder eine Abspülung der Instrumente mit sterilem Wasser erfolgen mußte. Albarran gab zwar schon an, und ihm folgten darin Janet, Posner-Frank, Rupprecht und Goldberg, daß gute französische Seidengespinstkatheter ein mehrmaliges Auskochen in gewöhnlichem Wasser gut vertrügen, doch hat B. sich bei seinen Versuchen nicht davon überzeugen können. Der beste Gegenbeweis ist aber wohl der, daß man heute fast allgemein bei der Kathetersterilisation zu der Hitzewirkung in ihrer dritten Form übergegangen ist, zum strömenden Dampf.

Delagenière (1889) hat als erster sich den Dampf zu diesen Zwecken dienstbar gemacht. Ihm folgten darin Alapy, Kutner, Frank, Grosglik, Rupprecht und Müller. Manche der von diesen Autoren angegebenen Methoden und dazugehörige Apparate leisten vortreffliches, jedoch kommen sie zum Gebrauche für den Patienten selbst oder für die Sprechstunde kaum in Betracht, da die Apparate zu groß sind oder ihre Handhabung zu umständlich ist. Nur Rupprechts Kathetersterilisator (1898) und seine Modifikationen entsprechen diesen Anforderungen; doch hat B. selbst bei seinem Gebrauche die Erfahrung gemacht, daß dadurch, daß der Katheter hier direkt über dem siedenden Wasser ruht, sein Material bald leidet. Daher hat B. sich gern der Aufgabe unterzogen, als Herr Prof. Casper ihn damit betraute, einen von ihm angegebenen Sterilisationsapparat auf seine Wirksamkeit zu prüfen.

Seine Vorzüge bestehen darin, daß

1. er außerordentlich handlich und daher wohl geeignet ist, vom Arzte in der Sprechstunde und vom Patienten benutzt zu werden;

2. mehrere Katheter zugleich sterilisiert werden können, ohne daß sie sich berühren und so eventuell miteinander verkleben;

3. die desinfizierten Katheter darin eine Zeit lang steril aufbewahrt werden können;

4. der Dampfentwickler einen von dem Sterilisationsraum völlig getrennten Raum besitzt und hiedurch eine Benetzung der Katheter mit kochendem Wasser ausgeschlossen ist;

5. der Dampf gezwungen wird, die Lichtung der Katheter zu durchziehen und hiedurch sehr rasch die der Außen- und Innenseite der Instrumente anhaftenden Keime tötet.

Fassen wir die Ergebnisse zusammen, so sehen wir: Es genügt eine $2^1/_2$ Minuten lang ausgeübte Sterilisation der Katheter im Apparate, um solche Mikroorganismen abzutöten, die für die Blase pathogen sind. Nach 5 Minuten lang ausgeübter Sterilisation werden auch resistente sporenbildende Keime darin abgetötet. Da aber von solchen, die für die Menschen pathogen sind, nur der Milzbrandbazillus in Frage kommt, dieser aber als Infektionserreger für die Blase nicht in Betracht zu ziehen ist, so kann man sagen: Es genügt eine $2^1/_2$ Minuten lang ausgeübte Behandlung der Katheter in unserem Sterilisationsapparat, um das Instrument keimfrei zu machen.

Ein so desinfizierter Katheter läßt sich mindestens 48 Stunden darin keimfrei aufbewahren.

In der Funktion des Apparates konnte B. bei seinen Versuchen keine Störung bemerken. Die Dampfentwicklung trat 1—3 Minuten nach Entzündung des Brenners auf, je nachdem er heißes oder kaltes Wasser einfüllte.

Die Instrumente waren bei ihrer Herausnahme meist trocken und glatt, die Bildung von Kondenswasser also sehr gering.

Nach all dem können wir sagen, daß der beschriebene Katheter-Dampfsterilisator die Anforderungen sehr wohl erfüllt, die an einen guten Sterilisationsapparat gestellt werden. Da er ferner außerordentlich handlich ist, erscheint er besonders geeignet, vom Arzt in der Sprechstunde und vom Patienten benutzt zu werden, der sich selbst katheterisiert. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10, 1907.)

*

Über retropharyngeale Geschwülste. Von Dr. Max Litthauer, Berlin. (Nach einer Demonstration in der Berliner medizinischen Gesellschaft.)

Das Krankheitsbild der retropharyngealen Geschwülste hat, obwohl vor ihm schon Einzelfälle bekannt waren, W. Busch (1) zum erstenmale zusammengefaßt. Er hat als retropharyngeal Tumoren bezeichnet, „welche hinter der Schleimhaut der Fauces und des Pharynx ihren Sitz haben, und diese Membran bei ihrem Wachstum allmählich vordrängen“. Unter voller Anerkennung der Verdienste Buschs hebt Brunner (2) hervor, daß die Definition Buschs nicht ganz zutreffend ist, denn Tumoren, welche hinter der Schleimhaut des Pharynx gelegen sind, würden als intramurale im Sinne von Mikulicz (3) anzusehen sein. Da die Wandung des Spharynx aus vier Schichten, der Mukosa, der Submukosa, der Muskulatur und der Fascia buccopharyngea besteht, müssen retropharingeale Tumoren hinter allen diesen Schichten gelegen sein, und in der Tat geht aus der Beschreibung, welche Busch von seinen Fällen gibt, besonders aus der Schilderung eines Leichenpräparates hervor, daß es sich bei seinen Beobachtungen um Geschwülste handelte, welche zwischen Pharynx und der Wirbelsäule ihren Sitz und Ausgangspunkt haben. Busch erwähnt nämlich bei der Beschreibung des Leichenpräparates ausdrücklich, daß die Geschwuls nach hinten von den Muskelfasern des Pharynx, „welche vom Basilarteil des Hinterhauptes herabsteigen“, gelegen sei, also haben die als retropharyngeal bezeichneten Tumoren Ursprung und Sitz in dem von Henke (4) sogenannten retroviszeralen Raume. Geschwülste, welche von anderen Stellen des Halses in diesen Raum hineinwachsen, kann L. im Gegensatze zu Brunner als retropharyngeale nicht anerkennen. Deswegen vermag L. auch die Fälle Reinbachs (5) nicht als retroviszerale Kröpfe anzusehen. Bei den Beobachtungen Reinbachs haben die akzessorischen Strumen ganz zweifellos an der Vorderseite des Halses ihren Ursprung, wo auch ihre Hauptmasse saß; erst bei fortschreitendem Wachstum haben sich die Geschwülste auch in den retroviszeralen Raum hineingesenkt.

Beschränkt man die Bezeichnung „retropharyngeale“ auf die primär im retroviszeralen Raume entstehenden Fälle, so sind die bisher bekannten Beobachtungen nicht sehr zahlreich. Hellendall (6) führt in seiner Publikation 31 Fälle auf, von denen 28 Bindegewebsgeschwülste, 3 Kröpfe waren.



Die Statistik des genannten Autors umfaßt jedoch nicht alle bisher bekannten Fälle; L. hat noch weitere drei Fälle in der Literatur gefunden, welche Hellendal entgangen sind, und zwar den Wöllflerschen (7) Fall von retroviszeralem Kropf und die beiden Fälle von Bardeleben-Hasslacher (8) und Mears (9), bei denen es sich um Sarkome handelte.

Die Diagnose der retropharyngealen Geschwülste ist verhältnismäßig leicht. Differentialdiagnostisch kommen nur noch der heiße und kalte retropharyngeale Abszeß in Betracht. Der erstere ist durch seine schnelle Entwicklung, durch das ihn begleitende Fieber und durch sein fast ausschließliches Vorkommen im jugendlichen Alter von den retropharyngealen Geschwülsten vollkommen ausreichend differenziert, welche sich langsam entwickeln, das jugendliche Alter nur selten befallen, — unter den bekannten Fällen sind nur zwei im jugendlichen Alter beobachtet worden — und ohne Fieber einhergehen.

Der chronische tuberkulöse Abszeß ist durch eine Erkrankung der Halswirbelsäule bedingt, welche ihrerseits sehr deutliche und erkennbare Symptome macht, und es dadurch ermöglicht, eine etwa vorhandene retropharyngeale Geschwulst als Senkungsabszeß zu diagnostizieren. Daß in dem Falle Bidders erst die Sektion die Zweifel lösen konnte, ob es sich um eine retropharyngeale Geschwulst oder eine tuberkulöse Ostitis der Halswirbel handelte, lag daran, daß sich die Geschwulst hier nicht nur in das retropharyngeale Gewebe hinein entwickelt, sondern auch die Wirbelkörper vollständig infiltriert hatte. Der Biddersche Fall steht einzig da und bestätigt als Ausnahme nur die Regel, daß retropharyngeale Geschwulst und tuberkulöse Wirbelkaries der Halswirbelsäule sich leicht voneinander unterscheiden lassen. Es wird nur nötig sein, an das Vorkommen der retropharyngealen Tumoren zu denken, um sie gegebenen Falles auch zu erkennen, und dann überflüssige Eingriffe, von denen einzelne der bekannten Krankengeschichten und auch des L.'schen Falles berichten, zu vermeiden, und die zweckmäßige, zur Beseitigung der Geschwulst geeignete Operationsmethode einzuschlagen. (Berliner klinische Wochenschr. Nr. 10, 1907.)

*

Hysterisches Irresein. Von Prof. Raecke.

Die Hysterie stellt ein Grenzgebiet dar, an dessen Bearbeitung und Erforschung neben Psychiatern und Neurologen vor allem interne Mediziner, Chirurgen und Gynäkologen lebhaften Anteil genommen haben. Indessen bricht sich immer allgemeiner die Überzeugung Bahn, daß dieses weitverbreitete und daher gerade für den praktischen Arzt ungemein wichtige „Nervenleiden“ sich in letzter Linie auf rein psychischen Störungen aufbaut. Sehr gewöhnlich finden sich bei näherem Zusehen seelische Alterationen, wie Unbeständigkeit der Stimmungslage mit launischer Reizbarkeit und plötzlichen Affektausbrüchen, abnorm starke Beeinflußbarkeit des Vorstellungslebens, verbunden mit gelegentlicher Neigung zu impulsiven Handlungen und einer bemerkenswerten Fähigkeit, seelische Vorgänge in körperliche Störungen umzusetzen, kritiklose Steigerung der Phantasietätigkeit bis zu direktem Fabulieren, Inkonsequenz und Sprunghaftigkeit des Denkens bei mangelhafter Auffassungsgabe und unzuverlässigem Gedächtnis, schrankenlosester Egoismus mit dem Bedürfnisse, um jeden Preis eine Rolle zu spielen, mit Lust am Intrigieren und Klatschen, mißtrauischer Empfindlichkeit, Rachsucht und kindischem Eigensinn.

Man hat die Summe aller dieser Eigenschaften zum Begriffe eines hysterischen Charakters zusammenfassen wollen, muß sich aber darüber klar bleiben, daß dieselben durchaus nicht bei jedem Hysteriker in gleicher Weise ausgeprägt zu sein pflegen, während sie andererseits bei manchen nicht hysterischen Geisteszuständen in ganz ähnlicher Weise in Erscheinung treten können.

Außer solchen dauernden seelischen Veränderungen, die noch nicht unter den Begriff des „Irreseins“ im landläufigen Sinne fallen, können bei der Hysterie jederzeit vollentwickelte Psychosen transitorisch auftreten, welche ebenso wie die epileptischen Geistesstörungen nicht als zufällige Komplikationen, sondern als direkter Ausfluß des zugrundeliegenden Krankheitsprozesses anzusehen sind.

Angesichts der bei ihnen herrschenden bunten Mannigfaltigkeit verwirrend zahlreicher, rasch und regellos wechselnder Symptomenbilder wird ein schematisierender Einteilungsversuch stets etwas gezwungenes behalten, ist indessen gleichwohl als Hilfsmittel zur Erlangung einer allgemeinen Übersicht nicht zu entbehren.

Als einfache hysterische Geistesstörungen werden zweckmäßig diejenigen Formen abgegrenzt, welche mit ihrem plötzlichen Ausbruch und raschen Abklingen noch ganz den Eindruck eines psychischen Paroxysmus erwecken, entweder direkt mit Krampferscheinungen einhergehen oder als Äquivalente sich auffassen lassen. Vor allem gilt das von den unter der Bezeichnung Furor hystericus zusammengefaßten Wut- und Tobsuchtszuständen, wie sie durch Gemütserregungen, zumal nach Alkoholgenuß, nicht selten ausgelöst werden. Der Kranke verfällt entweder sofort oder nach voraufgegangenem Krampfanfalle in heftigstes Toben, brüllt, schlägt, tritt, beißt nach seiner Umgebung. Sein Gesicht ist verzerrt, bald blaß, bald dunkelrot, oft mit Schweiß bedeckt. Weder Zureden noch schmerzhafte Reize werden beachtet, jeder Zwang steigert nur die Erregung. Sich selbst überlassen, beruhigt sich dagegen der Kranke gewöhnlich bald, versinkt in eine Art Erschöpfungsapathie, schläft ein oder wird plötzlich weich und weinerlich. In anderen Fällen beschließt ein richtiger Krampfanfall die Szene. Vielfach gehen derartige Aufregungszustände, wenn sie sich an Alkoholgenuß anschlossen, unter der Diagnose eines pathologischen Rausches.

Herrschen während der Erregung Angst- und Oppressionsgefühl vor, kann man von einem Raptus histericus sprechen. Meist kommt es dann zu einem theatralisch-pathetischen Gebaren mit wortreichem Jammern, verzweiflungsvollen Gesten, übertriebenen Äußerungen von Lebensüberdruß, ohne daß doch der Affekt sehr in die Tiefe ginge. Etwaige Suizidversuche sind allermeist schon in der Anlage verfehlt. Nur selten kommt es zu ernsterer Beschädigung.

Trägt die Erregung einen mehr heiteren Charakter, so fällt ebenfalls der oberflächlich alberne Affekt auf, oft mit Neigung zu kindischem Gebaren und läppischen Streichen. Man spricht dann von Moria. Eigentliche Ideenflucht ist selten.

In wieder anderen Fällen schießen plötzlich einzelne oder zahlreiche Halluzinationen und Illusionen empor, meist schreckhafter Art. Särge, Leichen, Gespenster werden gesehen, auch wohl die Gestalt eines Feindes, gegen den sich zurzeit gerade der Haß der Patienten richtet. Oder aber es scheinen Einbrecher und Mörder auf die Kranken einzudringen, ihnen Drohungen zuzurufen. Mitunter handelt es sich bei allen diesen Erlebnissen nur um eine abnorm üppige Phantasietätigkeit, um eine Art von Traum, wie denn auch alle solche Visionen mit Vorliebe sich nachts einzustellen pflegen. Bemerkenswert ist das anfallsartige Auftreten von paranoidem Beziehungswahn, von unbegründeten Eifersuchtsideen oder von hypochondrischen Sensationen, welche zu lässigen Zwangsvorstellungen und impulsiven Handlungen Veranlassung geben können.

Alle diese Krankheitsbilder sind in der Regel höchst flüchtiger Natur, brechen plötzlich nach einer starken Gemütsbewegung, wie Ärger, Schreck, Angst hervor, bei körperlicher Anstregung resp. Erschöpfung, nach Alkoholgenuß, nach Kopfverletzungen, Operationen, zur Zeit der Menses, um dann nach Minuten, Stunden, seltener Tagen ebenso unvermittelt zu verschwinden. Die Orientierung kann dauernd erhalten, die Erinnerung eine gute sein, doch zeigt sich das Bewußtsein in der Regel zeitweise getrübt. Es bleibt dann eine mehr oder weniger weitgehende Amnesie zurück.

Unter Umständen kommt es zur Ausblildung länger anhaltender Verwirrtheitszustände von tage- bis wochenlanger



Dauer. Auch hier kann es sich noch um einfache Paroxysmen handeln. Man unterscheidet gewöhnlich Delirien, Schlaf- und Dämmerzustände.

Die hysterischen Delirien sind charakterisiert durch ungemein lebhafte Situationstäuschungen mit Halluzinationen auf allen Gebieten. Bald ist es ein wirkliches Erlebnis aus der eigenen Vergangenheit, das den Rahmen abgibt, in welchem sich die Handlung des Delirs abspielt, bald knüpft diese nur an zufällige Erinnerungsbilder an, die durch Erzählung oder Lektüre erworben wurden (Reminiszenzdelirium). Schreckhaft ängstliche Situationen herrschen vor, wie Eisenbahnunfälle, Angriffe wilder Tiere, Hinrichtungen, Lebendigbegrabenwerden. Seltener sind extatische Verzückungen. In oft hochdramatischer Weise bringen die Kranken durch Mienen und Gebärden die Empfindungen und Leidenschaften, welche sie durchleben, zum Ausdruck oder schildern dieselben in pathetischen Ausführungen. Bisweilen gelingt es durch geschickte Suggestion Einfluß auf ihren Gedankengang zu gewinnen, sie vorübergehend aus ihrer Traumwelt herauszureißen, oder den Lauf der deliriösen Handlung zu lenken. In einzelnen Fällen erscheint den Kranken die eigene Persönlichkeit wahnhaft verändert. Sie halten sich für berühmte Männer der Geschichte, glauben sich in ihre Kindheit zurückversetzt oder fühlen sich sogar in Tiere verwandelt (Verwandlungsdelirium).

Praktisch wichtiger als diese leicht in die Augen fallenden Störungen sind die hysterischen Schlaf- und Dämmerzustände, deren genauere Kenntnis in ärztlichen Kreisen noch viel zu wenig verbreitet ist, und die daher nur allzu oft einer falschen Beurteilung unterliegen.

Bei dem sogenannten Schlafzustande oder Lethargus handelt es sich um eine hysterische Stuporform, nicht um richtigen Schlaf. Die Kranken erstarren in einer beliebigen Haltung oder sinken mit schlaffen Gliedern zu Boden, schließen die Augen, sind für äußere Reize, selbst Nadelstiche, unzugänglich. Die Pupillen sind aber nicht verengt, wie im physiologischen Schlafe, eher weit. Der Puls ist mitunter auffallend beschleunigt, auch die Atmung kann rasch und oberflächlich werden. Alle Reflexe bleiben gut erhalten. Gelegentlich bemerkt man Zittern der Lider oder Zucken in einzelnen Muskelgebieten. Das Gesicht ist in der Regel von normaler Färbung, kann sich jedoch bei Einwirkung äußerer Reize plötzlich mit Röte überziehen. Daß während des Lethargus die psychische Tätigkeit fortbesteht, ja eine gewisse Auffassung der Vorgänge in der Außenwelt möglich bleibt, ergibt sich nicht nur aus den späteren Mitteilungen mancher Kranken, die Erinnerung bewahrten, sondern ist auch bei sorgfältiger Beobachtung eines solchen „Schlafzustandes" direkt nachzuweisen. So bemerkt man oft, daß unbequeme Stellungen gewechselt, eine herabgeglittene Decke wieder hochgezogen, unangenehme Berührungen leise abgewehrt werden. Die Patienten verunreinigen sich nicht, benutzen sogleich das untergeschobene Stehbecken, schlucken eingeflößte Nahrung und wissen durch Stöhnen oder unruhige Bewegungen die Umgebung zu derartigen Hilfeleistungen rechtzeitig zu veranlassen. Manchmal erwachen sie sogar regelmäßig zu den Mahlzeiten, sorgen selbst für ihre Bedürfnisse und „schlafen" dann wieder ein. Kommt es zu sprachlichen Äußerungen, lassen sich nicht selten Halluzinationen feststellen, die sich zeitweise zum Bilde eines förmlichen Deliriums verdichten können. Das Erwachen geschieht meist plötzlich, kann bisweilen durch überraschende Maßnahmen, wie kalte Übergießung, Faradisieren, erzwungen werden; in anderen Fällen vollzieht es sich allmählich, sozusagen stufenweise.

Unter Dämmerzuständen sind dem Lethargus verwandte Anfälle von Bewußtseinstrübung zu verstehen, in welchen die Kranken Herr ihrer Glieder bleiben, Worte sprechen und komplizierte Handlungen ausführen können, gelegentlich wohl auch durch vereinzelte Halluzinationen oder Illusionen beeinflußt werden, ohne daß diese aber wie im Delirium das Bild beherrschen. In den ausgeprägteren Fällen hat das Gebaren solcher Patienten etwas auffallend Verträumtes, Automatenhaftes. Mit ausdruckslosem Gesichte, starren, in die Ferne gerichteten Augen, hocken sie umher, schreiten sie langsam durchs Zimmer, vollführen sie koordinierte, vielfach zwecklose, auch rhytmische Bewegungen, ohne ihrer Umgebung rechte Aufmerksamkeit zu schenken. In leichteren Fällen ist es bei oberflächlicher Betrachtung möglich, die Krankhaftigkeit des Zustandes zu übersehen. Dem sachverständigen Beobachter fällt dagegen bald außer gelegentlichem sonderbaren Gebaren die starke Einschränkung der Auffassungsfähigkeit auf. Fragen werden nicht beachtet oder sinnlos entstellt wiederholt oder sind, falls es gelingt, eine Antwort zu erpressen, von einer total verkehrten Reaktion gefolgt. Bei leichteren Zuständen von Bewußtseinstrübung ist noch eine gewisse Unterhaltung möglich, doch tritt nunmehr eine mehr oder weniger weitgehende Störung der Ideenassoziation zutage, welche es bedingt, daß die Kranken sich der bekanntesten Dinge, z. B. ihrer eigenen Personalien nicht mehr erinnern, Antworten erteilen, welche in ganz entferntem assoziativen Zusammenhange mit der Frage stehen, ohne den Kern derselben irgendwie zu treffen. Ebenso werden vorgehaltenen Gegenständen vielfach falsche Namen beigelegt, die jedoch dem gleichen Vorstellungskreise angehören können, wie die richtigen Bezeichnungen, so daß dann eine teilweise Auffassung und Verarbeitung des Gesichtseindrucks offenbar stattgefunden haben muß. Dadurch entsteht das besonders von Ganser gewürdigte und daher oft nach ihm benannte Symptom des Vorbeiredens.

Man hat derartige Bewußtseinsstörungen als Somnambulismus bezeichnet und mit dem physiologischen Traumzustande verglichen. Während aber im Traume meist ein bunter Wechsel der Gedankenreihen besteht, beherrscht im hysterischen Dämmerzustande in der Regel ein einzelner, affektbetonter Vorstellungskomplex hartnäckig den Kranken, indem er entweder allgemein hemmend auf Auffassung, Erinnern und Denken einwirkt, oder aber lediglich eine beschränkte Zahl äußerer Reize passieren läßt und den Kranken zu blindem Handeln in bestimmter Richtung antreibt, unbekümmert um die sonstigen Vorgänge der Außenwelt. Gelegentlich kann es neben anderem triebartigen Tun zu plötzlichem Fortwandern und zu weiten Reisen kommen, wobei aber das Ziel und der eingeschlagene Weg in der Regel auf Pläne und Überlegungen aus gesunden Tagen sich zurückführen lassen. Vielleicht hatte der Kranke eben dieselbe Reise schon längere Zeit vorgehabt, bis dann im Anschlusse an eine Gemütserregung die Ausführung in der Bewußtseinsstörung erfolgte. Wie jedes spychotische Symptom bei der Hysterie, kann auch solches Fortlaufen im Dämmerzustande zur gewohnheitsmäßigen Reaktion auf bestimmte äußere Reize werden. Darum von einem besonderen Wandertriebe, einer Poriomanie, zu sprechen, erscheint unberechtigt.

Schließlich kann sich in Dämmerzuständen mit einseitigem Vorherrschen bestimmter Vorstellungskomplexe förmlich eine zweite Persönlichkeit ausbilden, die dann bei jeder Wiederholung des Dämmerzustandes immer in gleicher Weise in Erscheinung tritt, so daß es gewissermaßen zu einer Verdoppelung der Persönlichkeit kommt, ein „Doppel-Ich" entsteht.

Nach Ablauf hysterischer Dämmerzustände bleibt in der Regel eine mehr oder weniger vollständige Amnesie zurück, die sich in der Hypnose beseitigen läßt. Doch kann auch von vornherein eine gewisse Erinnerung erhalten sein. Dieselbe ist dann meist deliriös entstellt, mit den krankhaften Gedanken des Dämmerzustandes untermischt, und dürfte wohl niemals die realen Erlebnisse lückenlos wiedergeben.

Alle die bisher geschilderten einfachen hysterischen Geistesstörungen können sich nun ferner in mannigfacher Weise mischen und dadurch höchst sonderbare Krankheitsbilder erzeugen, welche den ungeübten Beobachter leicht zu falschen Schlüssen verleiten, ihn bald an Simulation, bald an hochgradige Verblödung denken lassen.

Man kann im allgemeinen drei Hauptverlaufstypen der zusammengesetzten hysterischen Psychosen



unterscheiden: 1. Eine erregt-stuporöse Form, bei der vorherrschend Furorausbrüche, seltener wie hier, läppisch heitere Erregungen mit Phasen verschieden starker Hemmung abwechseln. Delirien und somnambule Episoden können sich jederzeit einschieben. 2. Die depressive Form setzt sich aus raptusartigen Angstanfällen, schreckhaften Delirien, Stupor- und Dämmerzuständen, auch vereinzelten paranoiden Episoden mit Beziehungswahn und Persekutionsideen zusammen, bei überwiegend melancholisch-hypochondrischer Grundstimmung, während Furor- und Moriazustände sehr zurücktreten. Namentlich bei der Unfallshysterie mit stärkerer psychischer Beteiligung läßt sich öfters ein derartiger Verlauf konstatieren. 3. Der paranoische Typus des zusammengesetzten hysterischen Irreseins baut sich in erster Linie auf gehäuften Delirien auf, phantastischen Einfällen, somnambulen Dämmerzuständen, eventuell mit Bildung einer sogenannten zweiten Persönlichkeit. Meist geschieht hier die Entwicklung eines systematisierten Wahnsinnes allmählich. Derselbe ist trotzdem nicht fest fixiert, bleibt der Kritik bis zu einem gewissen Grade zugänglich. Seltener einmal sieht man plötzliches Hervorbrechen massenhafter Verfolgungsideen.

Auf Heilung darf man bei hysterischen Psychosen stets hoffen. Ausgang in Verblödung kommt nicht vor. Ganz unberechenbar ist nur die Dauer im einzelnen Falle und die Gefahr eines Rezidivs. Die Häufigkeit des hysterischen Irreseins ist schwer zu bestimmen, da nur relativ wenige Fälle in die Anstalten gelangen. Dort bilden sie in größeren Städten zirka 5% der Aufnahmen.

Diagnostisch ist großer Wert auf die Vorgeschichte zu legen. Hysterische Antezedentien, erstes Auftreten der psychotischen Symptome im Anschluß an heftige Gemütsbewegungen, regelmäßige Wiederkehr der Erregung zu bestimmten Zeiten können wertvolle Anhaltspunkte geben. Dagegen kommt nach Ausbruch der Geistesstörung dem Nachweise körperlicher Symptome, wie funktioneller Lähmungen, Kontrakturen, Krämpfen, Sensibilitätsstörungen, konzentrischer Gesichtsfeldeinengung, differentialdiagnostißch nur eine beschränkte Bedeutung zu, da sie keineswegs immer während der Psychose ausgesprochen vorhanden, geschweige denn gehäuft zu erwarten sind, einzelne derartige Erscheinungen aber unter Umständen auch bei nicht hysterischen Geistesstörungen sich feststellen lassen. Immer ist zu bedenken, daß ein von Haus aus hysterisches Individuum sehr wohl einmal an einer andersartigen Psychose, namentlich an einem katatonischen Verblödungsprozesse erkranken kann. Wichtiger sind im Verlaufe der Geistesstörung die psychischen Merkmale, große Beeinflußbarkeit aller Symptome, ihr plötzliches Verschwinden einzelner Vorgänge. Oberflächlichkeit des Affektes, lebhaftes Interesse an der Umgebung mit der Sucht, sich aufzuspielen, und ausgeprägter Empfindung für Langeweile, ferner dauernde Intaktheit der vegetativen Funktionen. Doch ist keines dieser Zeichen allein schon charakteristisch. Bei kriminellen Personen, welche das Symptom des Vorbeiredens zeigen, ist ganz besonders die Möglichkeit der Simulation resp. Aggravation zu erwägen.

Therapeutisch ist vor allem jedes Zuviel an Verordnungen streng zu vermeiden. Entfernung von den Angehörigen, Ruhe und Langeweile, höchstens verbunden mit einzelnen indifferenten Suggestivmaßnahmen, helfen bisweilen überraschend schnell. Erregungen bekämpfe man hauptsächlich mit hydrotherapeutischen Mitteln, wie warmen Bädern, feuchten Einpackungen, und beschränke sich möglichst auf nur ausnahmsweise Anwendung stärkerer Narkotika im Falle der Not.

Für die forensische Beurteilung gilt der Grundsatz strengsten Individualisierens von Fall zu Fall. Hysterie an sich hebt die Zurechnungsfähigkeit nicht auf; es wird darauf ankommen, in jedem einzelnen Falle nachzuweisen, ob zur Zeit der Tat schwerere psychische Strömungen bestanden haben. Dabei ist mit der Erfahrungstatsache zu rechnen, daß die Aufregungen eines Prozesses und noch mehr die Schädlichkeiten einer etwaigen Untersuchungshaft oftmals hysterische Psychosen erst zur Auslösung bringen. (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 10, 1907.)

*

Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Perityphlitis und ihrer Folgezustände. Von Dr. E. Franke, Altona. (Schluß.)

Endlich bedarf noch unsere Methode der Eröffnung intraperitonealer, abgekapselter Abszesse einer eingehenden Schilderung. Wir stellen uns dabei in schärfsten Gegensatz zu dem Vorgehen Sonnenburgs und anderer, die diese Abszesse stets von der Seite her durch die extraperitoneal liegende Wand des Abszesses eröffnen und dabei einen recht langen Weg und ein stumpfes Arbeiten im Dunkeln und in großer Tiefe nicht scheuen. Daß auch die einfache Spaltung eines solchen Abszesses ohne Eröffnung der Bauchhöhle nötig sein kann, muß undedingt zugegeben werden, sobald nämlich ein großer fluktuierender Abszeß dicht unter der Haut liegend sozusagen im Begriff steht, sie zu durchbrechen. Anders dagegen steht es mit kleineren, in der Ileozökalgegend, im kleinen Becken oder auch nach dem Nabel und der Leber zu gelegenen Abszessen. Hier gehen wir so vor, daß wir in nächster Nähe dieses appendizitischen Tumors die Bauchhöhle genügend weit eröffnen, um uns von hier aus über den genauen Sitz und die Ausdehnung des Tumors zu orientieren. Hierauf wird rings um ihn wie zu einer Darmresektion abtamponiert und nun unter der sicheren Leitung des Auges auf ihn eingegangen. Die Höhle wird eröffnet, der Eiter abgelassen und nach dem Wurmfortsatz gesehen. Ist er ohne große Mühe aus den entzündlichen Schwarten herauszuschälen, so wird er in oben beschriebener Weise amputiert, andernfalls halten wir uns mit langem Suchen nicht auf, sondern begnügen uns mit der Eiterentleerung. Der Wurmfortsatz wird dann in einer späteren Sitzung fortgenommen. Die gereinigte Höhle wird gut mit Vioformgaze austamponiert, dann werden die in die Bauchhöhle gelegten Tampons entfernt und durch Vioformgazetampons ersetzt. Die ganze Wunde wird offen gelassen. Die Bauchhöhlentampons bleiben einige Tage liegen, bis sich Verklebungen gebildet haben, der Abszeßtampon wird am nächsten Tag gewechselt. Bei diesem Vorgehen leitet uns der Gedanke, daß man alle Stellen der Bauchhöhle, respektive des Abszesses unter Augen haben muß, die eitrig sind oder mit Eiier in Berührung kommen, da wir sie durch eine vorhergehende und nachfolgende Tamponade entlasten können. So nur weiß man auch, wie weit der Abszeß reicht und kann ihn sicher und ganz entleeren, ohne in Gefahr zu kommen, daß man mit elnem Tupfer eine Wand einreißt und das Peritoneum infiziert. Wir haben 17 Fälle in dieser Art operiert, und niemals auch nur die geringste schädliche Beeinflussung des Peritoneums erlebt. 2 von diesen 17 sind gestorben und die Sektion bestätigte die absolute Reizlosigkeit der freien Bauchhöhle. Die Todesursache in dem einen Fall war Anämie infolge schwerer akuter Nephritis, in dem andern schwere Bronchopneumonie.

Wie hier, gelang sie uns auch in den allermeisten anderen Fällen, und wir hatten die Freude, nach kurzem solche Patienten als völlig geheilt entlassen zu können.

In seinen anatomischen Untersuchungen hat F. den Nachweis zu führen versucht, daß der erstere Anfall von Appendizitis schon das Resultat einer länger bestehenden, bis dahin schleichend verlaufenen Mukosaerkrankung ist, der durch eine ganze Anzahl von verschiedenen Anlässen ausgelöst werden kann. Daraus zieht F. den Schluß, daß von einer Ausheilung nicht gesprochen werden kann, so lange der Wurmfortsatz vorhanden ist. Die einzige Art der Selbstheilung besteht in völliger eitriger Nekrose des ganzen Organs und sie dürfte nicht als Ideal hinzustellen sein. Der Untergang der Mukosa allein mit folgender Obliteration scheint nicht alle Beschwerden zu beseitigen, da mehrfach solche obliterierte Appendizes Anlaß zur Laparotomie gaben. Abgesehen aber von diesen wenigen Fällen, in denen auch der pathologische Anatom den bei der Prozession unauffindbaren Prozessus nicht eruieren kann, ist ein einmal überstandener Anfall der Hinweis, daß der Prozessus krank ist nnd entfernt



werden muß. Daher empfehlen wir solchen Patienten die Operation im Intervall, jedoch mit der Einschränkung, die man sich vergleichsweise auch bei den Hernien älterer Leute macht. Selbst nach Ausscheiden der Peritonitis post operationem bleiben genug Fährlichkeiten für solche ältere Patienten, noch dazu, wenn sie durch Mißbrauch von Genußmitteln mehr oder weniger stark geschädigt sind oder sich hiezu eine erhebliche Fettleibigkeit gesellt. In solchen Fällen wägen wir das Für und Wider sorgfältig gegen einander ab und überlassen eventuell unter Schilderung der Umstände dem Kranken selbst die Entscheidung.

F. faßt die Gesichtspunkte, von denen aus wir uns klinisch zur Appendizitis stellen, kurz zusammen:

1. Die Appendizitis ist eine Erkrankung, die in jedem Stadium — von wenigen besonderen Ausnahmen abgesehen — chirurgischer Behandlung bedarf.

2. Als ideale Methode der Behandlung ist die möglichst rasch nach Einsetzen der ersten Krankheitssymptome ausgeführte Appendizektomie mit daranschließender Wundnaht zu bezeichnen. Ihr am nächsten kommt die unkomplizierte Intervalloperation nach dem ersten Anfall.

3. Die Appendizitis ist eine chronische Erkrankung der verschiedenen Wandschichten, in erster Hinsicht der Mukosa des Wurmfortsatzes, die mit akuten Exazerbationen einhergeht. Jeder sicher beobachtete appendizitische Anfall weist diese chronische Erkrankung nach und involviert damit die Entfernung des Prozessus. Die wenigen, noch dazu — solange die Patienten am Leben sind — nicht sicher gestellten einmaligen Anfälle mit dauernder Heilung verlieren ihre Beweiskraft gegenüber den zahlreichen chirurgischen Beobachtungen und Untersuchungen der exstirpierten Wurmfortsätze.

4. Die Frage der Notwendigkeit einer Operation darf nicht abhängig gemacht werden von der Zeit, die seit dem Auftreten der ersten Symptome verstrichen ist, da sie aus mehr als einem Grunde Irrtümern ausgesetzt ist. Die schematische Forderung, vom dritten Tage ab im „Intermediärstadium“ nicht zu operieren, ist nicht zu billigen.

5. Es erscheint am ratsamsten, gleich beim ersten Eingriff die Appendix mitzuentfernen, wenn nicht erhebliche Gründe oder Schwierigkeiten dagegen sprechen, da das Zurücklassen des erkrankten Prozessus der Anlaß zu erneuten Beschwerden uud anhaltender Eiterung ist. Besondere Nachteile der zweizeitigen Operation sind nicht festzustellen, dagegen ist der Verlauf allgemein schneller.

6. Die Eröffnung von Abszessen auf extraperitonealem Wege kann dieser Indikationsstellung nicht genügen. Wir ziehen es aus diesem Grunde und wegen der besseren Übersicht vor, erst die freie Bauchhöhle zu eröffnen, die Därme rings um die Abszeßwand durch Tampons abzudecken und nun die Höhle zu eröffnen.

7. Wir benützen — wie bei allen intraabdominellen Operationen — Tampons, die in 0·9 proz. Salzlösung getränkt sind. Dieselbe Lösung dient uns auch zum Ausspülen der Bauchhöhle bei allen eitrigen Prozessen darin.

8. Ergiebige Tamponade der Abszeßhöhle bis zur völligen Reinigung der Bauchhöhle bei diffuser Peritonitis ohne Bauchdeckennaht scheint uns den Abfluß der Sekrete und des Eiters sicherer zu gewährleisten und als Drainage mit Wundnaht. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 51, 1906.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Sitzung vom 18. Oktober 1907.

Paul Clairmont stellt eine Pat. mit Plastik wegen Defekt nach Radikaloperation eines sehr hartnäckigen chronischen Stirnhöhlenempyems vor. Das Empyem mußte wiederholt operiert werden und das Resultat war eine sehr entstellende Narbe. C. hat den Defekt umschnitten und denselben durch einen Periostknochenlappen an der linken und durch eine Knochenspange (aus dem hypertrophischen Höhlenrande) rechts gedeckt.

Franz Schopf wendete in einem ähnlichen Falle, wo ein Defekt des linken Stirnbeines samt oberem Orbitalrande, des Siebbeines und der Nasenbeine zu decken war, die Zelluloidheteroplastik nach Fraenkel an und erzielte damit ein funktionell und kosmetisch sehr befriedigendes Resultat.

Josef Halban: Zur Frage der Graviditätshypertrichose. H. zeigt an graviden Kaninchen ein verstärktes Wachstum der Pelzhaare während der Gravidität. Schon vor 2 Jahren machte Vortr. darauf aufmerksam, daß bei Frauen in der Gravidität ein stärkeres Wachstum der Lanugohaare stattfinde. Ähnliches finde ebenso auch bei Tieren statt.

Moriz Sachs: Über ein operatives Verfahren zur Beseitigung von Netzhautabhebung. S. teilt eine neue Operation bei Netzhautabhebung mit. Er machte die Operation bei einer 49jährigen Frau, die rechts infolge Netzhautablösung erblindet war. Als später auch links im oberen Quadranten Netzhautablösung eintrat und Druckverband, Kochsalzinjektionen und Punktion nur zu vorübergehender Besserung führte, hat S. unter Kokainanästhesie nach Ablösung des Rektus superior durch einen mit einem sichelförmigen Messer äquatorial (parallel zur ora serata) geführten Schnitt die seröse Flüssigkeit unter der retina abgelassen. In gleicher Weise verfuhr er nach Ablösung des rectus int. Die Folge war, daß sich die Netzhaut anlegte und die Schnittstellen linear vernarbten. Eine spätere Ansammlung von Flüssigkeit unter der Netzhaut war nur auf das Gebiet zwischen der ora serata und der Narbe beschränkt. Das Gesichtsfeld blieb frei. Diese Methode, die den Zweck hat, der Ausbreitung des Extravasates unter der Retina durch die Punktionsnarbe einen Damm zu setzen, hat S. noch in vier Fällen mit Erfolg angewendet. In einem Falle, wo das Auge total erblindet war, blieb der Effekt aus. S. sieht in dieser Methode nur eine symptomatische Therapie ähnlich den Erfolgen der Punktion bei pleuritischen Esxudaten.

Leopold Müller warnt vor der Punktion bei der ablatio retinae, da bei Betrachtung seiner und fremder ärztlicher Resultate man zur Überzeugung kommt, daß die Punktion absolut schädlich ist. Er warnt vor jeder Art von Punktion, die oft eine deletäre Wirkung für das Auge mit Netzhautabhebung hat. Bei älteren Fällen versagt die Punktion von vornherein absolut.

Berthold Mautner stellt aus der Kinderambulanz (Prof. Monti) einen 5jährigen Knaben mit einer sekundären Vakzine am rechten Zungenrande, neben solchen an den Armen vor. Impfung vor drei Wochen. Ein kariöser Backenzahn dürfte die Zunge lädiert haben und durch einen Finger von den juckenden Pusteln am Arme zum schmerzenden Zahn Sekret übertragen worden sein, wodurch Autoinokulation erfolgte.

Anton v. Eiselsberg demonstriert einen Patienten, bei dem vor 30 Jahren wegen ausgedehnter Nekrose des Knochens im Bereiche des Oberarms fast der gesamte Knochen entfernt wurde, ohne daß eine Restitutio aus dem stehengebliebenen Periost eintrat. Trotzdem ist die Funktion eine sehr gute (gut entwickelte Vorderarmmuskulatur, kräftiger Händedruck). Im Röntgenbild sieht man eine kleine Knochenlamelle im distalen Ende und eine schmale Knochenspange im mittleren Anteil, denen bei der Funktion kaum eine Rolle zufallen dürfte. Der Oberarm läßt sich um 360° drehen, so daß der Puls in der Art. radialis nicht mehr zu fühlen ist.

Julius Schnitzler stellt eine Frau mit einem Mammatumor vor. Im April d. J. Partus. Seit vier Wochen Verfärbung der Haut über der rechten Brust. Als S. vor acht Tagen die Patientin sah, war die ganze Mamma wie entzündlich infiltriert, die axillaren und die supraklavikularen Lymphdrüsen stark vergrößert. Man mußte wohl ein sehr malignes Neoplasma annehmen und die mikroskopische Untersuchung einer exstirpierten Supraklavikulardrüse ergab Alveolarsarkom.



Es handelt sich um ein der von Volkmann beschriebenen Mastitis carcinomatosa ähnliches Bild.

Gabor Nobl hat vor 2 Wochen die Patientin untersucht und konnte schon damals den neoplastischen Charakter des reichlich von Hämorrhagien durchsetzten, diffussen Infiltrationsvorganges im Sinne des von Kaposi beschriebenen idiopathischen Hautsarkoms konstatieren.

Rudolf Kienböck demonstriert einen Fall von Riesenwuchs. Der Mann ist 27 Jahre alt, seine Körperlänge ist 202 *cm*, Gewicht (mit Sommerkleidern) 99 *kg*, Hände und Füße sehr lang (24 bezw. 32 *cm*) und groß, dabei schön geformt, nicht verdickt. Schädel im Verhältnis zur Körperlänge nicht groß (56·5 *cm* Umfang), Stirne niedrig, Gesicht lang. Herz orthoskopisch am Röntgenschirm im Horizontaldurchmesser 13 *cm*.

Sitzung vom 25. Oktober 1907.

Gottwald Schwarz demonstriert einen Fall von Mediastinaltumor, der mit Röntgenstrahlen behandelt wurde.

Camillo Foramitti demonstriert Fälle von Plastik (Abt. Prim. Frank).

1. 18jähriger Mann mit einem schon sechs Monate bestehenden Defekt des rechten Stirnbeines, kronengroß, in der Tiefe unter schmierigen Granulationen Gehirnpulsation sichtbar, verursacht durch zerfallenes Gumma.

Der Defekt wurde durch ein kreisrundes, scheibenförmiges Stück von der linken Tibia gedeckt, der Weichteildefekt durch einen Lappen von der Stirnhaut.

2. 24jähriger Mann mit frischer Impressionsfraktur über dem rechten Scheitelbein und Zerreißung der Dura mater. Trepanation zwei Stunden nach der Verletzung.

Ein Riß der Dura mater wurde mit Katgut vernäht, die guldengroße Trepanationslücke mit einer Zelluloidplatte gedeckt.

3. 10jähriges Mädchen mit einem Defekt des knöchernen Nasengerüstes; luetischer Defekt in den Weichteilen der Nase.

Das Nasengerüst wurde durch eine 4 *cm* lange Knorpelspange ersetzt, die aus einem Rippenknorpel der Pat. exzidiert wurde. Der Weichteildefekt wird durch einen Stirnhautlappen gedeckt.

4. 20jähriges Mädchen mit Lupusrezidiven im Gesichte.

Exzision der veränderten Haut. Lappenplastik aus der Stirne.

5. Vollständiger Defekt der Nase.

Es wurde als vorbereitende Operation für die spätere Nasenplastik eine 12 *cm* lange Knorpelspange unter die Haut der Stirne implantiert. Das der Tibia entnommene Knochenstück soll das spätere knöcherne Nasengerüst des Pat. bilden. In allen Fällen Heilung per primam. Vortr. zeigt weiters einen harten Stein, der gelegentlich einer Operation im processus vermiformis sich vorfand.

Albert Herz stellt einen Patienten mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Eventratio diaphragmatica, vor. (Abteilung Kovacs.)

Julius Tandler glaubt, daß es sich hier keineswegs um eine pathologisch vergrößerte Leber handle, sondern um eine Verschiebung des unteren Leberrandes, welche immer dann eintritt, wenn der Inhalt des Cavum abdominale des Embryo aus irgend einem Grunde verkleinert ist.

Josef Mager stellt einen Mann mit einer an der linken Halsseite von der Ohrmuschel beginnenden und bis zum Unterkieferwinkel reichenden glatten Narbe vor. (Stichverletzung von vier Wochen.) Über der Narbe deutliches Schwirren, welches bei Kompression der Carotis communis verschwindet. Auch über dem ganzen Schädel ist ein in der Systole verstärktes, schwirrendes Geräusch hörbar, welches der Kranke selbst kontinuierlich empfindet. Die Zunge weicht beim Vorstrecken nach links ab, linke Zungenhälfte stark atrophisch. Zunge nicht sonderlich verändert, ebenso die Geschmacksempfindung. Weiters besteht infolge einer Lähmung des linken Stimmbandes Heiserkeit. Anästhesie des linksseitigen Teiles des Pharynx, der Epiglottis und des Kehlkopfes. Weiters Vortreibung des linken Augapfels, Pupillendifferenz (linke Pupille kleiner als die rechte). Lichtreaktion und Akkomodation normal. Es besteht also bei diesem Patienten eine traumatische Verletzung der Karotis mit konsekutivem Aneurysma. Weiters wurde der Nervus hypoglossus, glossopharyngeus und sympathicus verletzt, sowie der Nervus vagus durchtrennt.

Karl Lesk stellt (aus der Abteilung Schnitzler) zwei Frauen vor, die wegen Gallensteinileus operiert wurden. In beiden Fällen Heilung.

Moriz Benedikt spricht über willkürliche Muskeltätigkeit.

Benedikt hebt hervor, daß bei willkürlichen Bewegungen zwei unabhängige Nervensysteme mitwirken. Von dem einen hängt die Verkürzung der kontraktilen Elemente ab, von dem anderen die Verbreiterung des Querschnittes jener Elemente und von dieser die Hebekraft. Bei der Wiederherstellung des Ruhegleichgewichtes wirken zwei antithetische Nervensysteme mit. Als ein Sicherheitsventil gegen Erschöpfung wirke das Ermüdungsgefühl, das einige Zeit übertäubt werden kann. Dann entsteht eine Hyperästhesie des Ermüdungsgefühles, die sich auch vor der Arbeit einstellt, und dieses krankhafte Gefühl bei erschöpfbaren Nerven und Muskeln stelle die Neurasthenie dar. Die Tabes erklärt Benedikt nicht als eine Koordinationsstörung, sondern als eine Assoziation von selbständigen Störungen in verschiedenen Muskeln einer Gruppe, durch Störung einer durch die Hinterwurzeln verlaufenden regulierenden Innervation der Muskelelemente. Durch diese Störung sprechen diese Elemente schwerer an und die Bewegung werde exzessiv schleudernd. Schließlich hebt der Vortragende hervor, daß die blutige Dehnung bei Tabes nach seiner durch mehr als ein Vierteljahrhundert dauernden Erfahrung für gewisse Fälle eine der aktivsten uud wohltätigsten Therapien sei.

i. m.

IV. Aus der Praxis.

Ist die interne Gonorrhoetherapie zu befürworten? Vortrag, gehalten auf der 79. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte (Dresden 14—21. September 1907) von Dr. Piket, Assistent der Allg. Poliklinik.

Verfasser kommt auf Grund einer mehrjährigen Beobachtungszeit zu einer unbedingten Bejahung der im Thema gestellten Frage. Er gibt damit die Ansicht der überwiegenden Majorität der führenden Geister in der Urologie wieder. Selbst Neisser, einst der entschiedenste Anhänger einer ausschließlich lokalen Behandlung, erkennt in seinen neuesten Publikationen den Wert der internen Antigonorrhoika an. Wenn man sich vor Augen hält, wie unzulänglich bisweilen die ausschließlich lokale Therapie bleibt, daß durch sie bisweilen sogar eine Verschlimmerung des Krankheitsprozesses herbeigeführt wird, dann wird es eigentlich selbstverständlich, daß man auf ein so förderndes und bequemes Hilfsmittel in der Behandlung, wie es ein intern gereichtes Antigonorrhoikum bietet, unter keinen Umständen verzichten darf.

Aus der Reihe dieser internen Antigonorrhoikas spricht Verfasser dem Arhovin den höchsten praktischen Wert zu. Niemals hat er von Arhovin, was bei den Balsamizis ein fast tägliches Vorkommnis ist, auch bei wochenlanger Dauer und nach stärksten Dosen eine Belästigung des Magens oder eine Reizung der Niere gesehen. Der verräterische Halor ex ore, der die Balsamika bei den Patienten selbst diskreditiert, wird bei Arhovin nicht wahrgenommen. Mehr als die Balsamika hat Arhovin auch schmerzlindernde Wirkung auf die ganze Genitalsphäre. Piket faßt seine Erfahrungen mit folgenden Worten zusammen: „Ich kann Arhovin als ein ausgezeichnetes internes Antigonorrhoikum bezeichnen. Es wird leicht genommen und gut vertragen, belästigt den Magendarmtrakt nicht, ist gänzlich unschädlich für die Nieren, beschränkt die Sekretion, hemmt die Entwicklung der Gonokokken und besitzt neben seiner bakteriziden auch eine bedeutende seda-



tive Wirkung. Arhovin bedeutet eine wertvolle Bereicherung des Arzneischatzes, es ist ein bedeutendes Heilmittel, das kein Arzt bei der Therapie der Gonorrhoe wird missen wollen. Ein Versuch mit diesem Präparate sichert ihm einen bleibenden Platz in dem Rezeptuarium eines jeden Praktikers."

Der Wert der Magen- und Darmwaschungen, wie auch der internen Medikation bei den Magen- und Darmkatarrhen der Kinder. Von Dr. Géza Hainiss, kgl. Rat, Universitäts-Privatdozent und Leiter der Kinderabteilung im St. Rochus-Spital in Budapest, in der Wanderversammlung der ungarischen Ärzte und Naturforscher in Preßburg (Pozsony) 25. bis 29. August 1907.

Nach einer entsprechenden Einleitung sagte der Vortragende folgendes:

„Bei der medizinischen Behandlung der Darmkatarrhe, seien sie leichteren oder schwereren Charakters, ist die Wahl der inneren Medikamente von großer Wichtigkeit, denn einerseits kann die längere Dauer dieser Erkrankungen größere Störungen in der allgemeinen Ernährung des Körpers verursachen, andererseits kann der im Anfange leichtere Erkrankungscharakter durch längeres Anhalten in eine schwere Erkrankung des Darmkanals übergehen, welche Erkrankung leicht zur völligen Erschöpfung des ganzen Organismus führt.

Darum, wenn wir den Krankheitsstoff nach Möglichkeit entfernt haben, konzentriere sich unser Bestreben darauf, daß wir auf die erkrankte Darmschleimhaut heilend einwirken und dieses glaube ich in erster Reihe durch adstringende Medikamente zu erreichen. In meiner Spitalpraxis in dem Krankenhause St. Rochus habe ich Gelegenheit gehabt, beinahe alle Arten dieser Medikamente zu ordinieren und unter diesen muß ich als hervorragendstes und bestwirkendes das Honthin bezeichnen, das unser Vertrauen im höchsten Grade verdient.

In mehr als in 1500 Fällen habe ich es angewendet und nur selten mußte ich ein anderes Adstringens zuhilfe nehmen.

Es kann längere Zeit ohne nachteilige Folgen verabreicht werden, ja es ist sogar zu empfehlen, besonders nach schneller Wirkung, es noch einige Tage weiter zu geben. Es sind Fälle vorgekommen, obwohl nur sehr wenige, in welchen keine Wirkung eintrat oder nur eine sehr unbedeutende, aber in diesen Fällen blieben auch alle anderen Tanninpräparate wirkungslos. Am besten haben sich dann noch die Bismut-Präparate bewährt. Umso öfter aber hatte das Bismut keine Wirkung, wo das Honthin vollkommene Resultate erzielte.

Der Zweck meiner kurzen Erörterung war, den Wert der Darmwaschungen hervorzuheben und unter den in Gebrauch stehenden inneren Medikamenten die Aufmerksamkeit meiner Herren Kollegen besonders auf jenes Präparat hinzulenken, welches sich in der Praxis am besten bewährte und so auf Grund vieler Erfahrungen wirklich zu empfehlen ist, nämlich das Honthin.

Es ist ja bereits allgemein bekannt, daß dieses Präparat ein Albumintannat darstellt, das wie kein anderes dem Lösungsvermögen des Magensaftes widersteht, so daß es darin fast unlöslich genannt werden kann.

V. Notizen.

Personalnachrichten. Wien: Stabsarzt der Ruhe Dr. Franz Pucher starb vor einigen Tagen.

Auszeichnungen: Dr. Alexander v. Manussi, Leiter des Allgemeinen Krankenhauses in Triest, das Offizierskreuz der Krone von Italien. — Dr. Eduard Opitz in Marienbad das Ritterkreuz I. Klasse des sächsischen Albrechtordens.

Jena: Dr. Theodor Meyer aus Kiel habilitierte sich für Geschichte der Medizin.

Breslau: Der 29. Balneologenkongreß wird im März 1908 hier tagen. Anmeldungen von Vorträgen und Anträgen nimmt entgegen der Generalsekretär der Balneologischen Gesellschaft, Geh. Sanitätsrat Dr. Brok, Berlin NW., Thomasiusstraße 24.

— Sitzung des Obersten Sanitätsrates vom 19. d. M. Ob.-S. Illing machte Mitteilungen über die in den letzten Monaten in Wien beobachteten Blatternfälle und die dagegen ergriffenen Maßnahmen, weiter über den Stand der Cholera in Rußland, insbesondere in Kiew, und die aus diesem Anlasse zur Verhütung der Einschleppung der Cholera in das diesseitige Ländergebiet bereits getroffenen Schutzmaßnahmen. Der Oberste Sanitätsrat sprach auf Antrag des Obersanitätsrates Prof. Dr. Ritter v. Jaksch seine Befriedigung über die zweckmäßige Bekämpfung der Blatternerkrankungen durch die staatlichen und städtischen Sanitätsorgane aus, weil die Stadt Wien dadurch vor der Gefahr einer schweren Blatternepidemie bewahrt wurde. Hierauf wurden nachstehende Gegenstände in Beratung gezogen: 1. Gutachten über die Anregung eines Fachvereines wegen Errichtung einer Fachabteilung im Ministerium des

Innern zur Vorprüfung von Projekten für Wasserversorgung, Kanalisation, Abwässerreinigung usw. (Referent: Hofrat Prof. Ernst Ludwig.) 2. Begutachtung des Gesetzentwurfes betreffend die Entmündigung vom sanitären Standpunkte. (Referent Hofrat von Wagner.)

Vorkehrungen gegen Cholera in Österreich. Mit Rücksicht auf das amtlichen Nachrichten zufolge in jüngster Zeit konstatierte häufigere Auftreten von Choleraerkrankungen im russischen Gouvernement Kiew, wurde in Brody, Folwarki male und Podwoloczyska die sanitäre Grenzrevision aktiviert.

Ärztlicher Automobilklub. Im Sitzungssaale der Wiener Ärztekammer fand am 30. v. M. die konstituierende Sitzung des Ärztlichen Automobilklubs statt. Zweck des Vereines ist, den Ärzten die Anschaffung (Miete) von Automobilen zu erleichtern, sowie die Erhaltung und den Betrieb der Automobile so weit zu verbilligen, daß dem Arzte ein Kraftfahrzeug mindestens nicht höher zu stehen kommt, als die bisher für Lohnfuhrwerk gezahlten Beträge. In den provisorischen Vorstand wurden gewählt: zum Präsidenten Priv.-Doz. Dr. Hochsinger, zu Vizepräsidenten die Privatdozenten Dr. Alexander und Dr. Mandl, zum Schriftführer Dr. Liebesny, zu Vorstandsmitgliedern Dr. Buxbaum, Dr. Obst, Dr. Husserl, Privatdozent Dr. Schnitzler und Dr. Weißenstein. Zuschriften sind zu richten an den ersten Schriftführer Dr. Paul Liebesny, Wien XV., Mariahilferstraße Nr. 169.

Die Errichtung von Wohlfahrtsstellen für Alkoholkranke bringt Nervenarzt Dr. Knust, Bromberg, in der „Medizinischen Klinik“ (1906, Nr. 36) in Anregung. Dieselben bilden eine Parallele zu den Wohlfahrtsstellen für Lungenkranke, die als Organe der Volksbelehrung über die Tuberkulose bereits eine große Bedeutung gewonnen haben. Bekanntlich sind die Alkoholiker für eine Heilbehandlung meist nur sehr schwer zu haben; sie müssen für dieselbe erst geworben werden. Für die Behandlung selbst aber kommen in erster Linie geeignete Ärzte in Betracht; diese können jedoch im kleinen Kreise ihrer Sprechstunde nicht auf die Masse des Volkes einwirken. Beiden Schwierigkeiten kann durch die Einrichtung der Wohlfahrtsstellen für Alkoholkranke abgeholfen werden, welche im Kampfe gegen den Alkoholismus eine noch größere Rolle spielen dürften als die Wohlfahrtsstelle für Lungenkranke auf ihrem Gebiete. Dr. Knust entwickelt das Programm solcher Wohlfahrtsstellen. Die Hauptpunkte sind: Enge Fühlungnahme mit allen interessierten Kreisen und Instanzen, unentgeltliche Untersuchung von Alkoholkranken, Belehrung und Beratung derselben und ihrer Angehörigen — Überweisung an die Enthaltsamkeitsvereine oder die Heilanstalten — Aufbringung der zur Kur erforderlichen Mittel durch Fürsprache bei Kassen usw. — Aufklärung durch Verteilung von Schriften und Flugblättern und Beeinflussung der Tagespresse usw. Dr. Knust hat selbst bereits den ersten Schritt zur Verwirklichung des Gedankens getan: Auf sein Anraten hat in Bromberg die Heilsarmee eine solche Fürsorgestelle eingerichtet. Auch hat das Unternehmen schon seitens der Polizeiverwaltung durch Überweisung von Kranken Unterstützung gefunden. Bei der gewaltigen Belastung der Kommunen und Armenverbände durch den Alkoholismus und dem wachsenden Verständnis für die Alkoholschäden in den führenden Kreisen wird man auf deren lebhaftes Interesse für obigen Gedanken und deren finanzielle Unterstützung zur Verwirklichung desselben rechnen dürfen.

Die **„Lebensfreude“** zu wecken und dadurch das Menschenherz für das Glück empfänglich zu machen und ihm den Weg dazu zu zeigen, ist der Zweck des im Verlage von P. J. Tonger in Köln a/Rh. erschienenen prächtigen Büchleins, betitelt „Lebensfreude“, Sprüche und Gedichte. gesammelt von P. J. Tonger (Preis hübsch in Leinwand gebunden, Mk. 1.—), das sich durch seinen Inhalt sowohl als durch die vornehme Ausstattung vorzüglich als Geschenkwerk eignet und überall Freude machen wird.

Daß der Herausgeber nicht schematisch gearbeitet, zeigt schon ein Blick in das originell abgefaßte Inhaltsverzeichnis. Während man sonst an eine trockene, durch einige Worte gegebene Aufzählung gewohnt ist, wird hier der Leser schon dadurch für das Nachfolgende interessiert, weil jede Hauptabteilung durch ein treffendes Motto charakterisiert ist und auf die Unterrubriken durch kurze Verschen hingewiesen wird. Auf diese Weise hat der Leser bereits durch die Lektüre des Inhaltsverzeichnisses einen hohen Genuß, und schon hier treten ihm die fesselndsten Gedanken entgegen. Zu verwundern ist, daß die meisten Sprüche dieser vortrefflichen Sammlung teils gar nicht, teils nur wenig bekannt sind. — Wir empfehlen das vornehm ausgestattete Büchlein nicht nur wie gesagt zu Geschenkzwecken, sondern in erster Linie auch für den eigenen Gebrauch.

VI. Offene Stellen.

Im Rudolfinerhause, chirurgische Abteilung, sind drei Stellen für **Volontärärzte** zu besetzen. Die Volontärärzte erhalten Wohnung, Bedienung, Kost (I. Klasse). Bewerber wollen sich bei Primarius Moszkowicz, IX., Alserstraße 20, vorstellen. Wien, 24. Oktober 1907.

Gemeindearztesstelle der Sanitätsgemeindegruppe Reingers (Niederösterreich), bestehend aus den Gemeinden Reingers, Groß-Radischen, Hirschenschlag, Illmanns, Leopoldsdorf und Reinberg-Litschau mit dem Sitze in Reingers, 37·94 km^2 groß, mit 2386 Einwohnern. Fixe Bezüge K 238 von den Gemeinden. Die Höhe der eventuellen Landessubvention ist noch nicht festgesetzt. Die Haltung einer Hausapotheke ist erforderlich. Bewerber um diese Stelle wollen ihre ordnungsgemäß belegten Gesuche bis längstens 1. Dezember 1907 bei dem Bürgermeister in Reingers einbringen.

Gemeindearztesstelle in der Sanitätsgemeinde Oberkappel (Oberösterreich) mit 2038 Einwohnern. Die jährliche Gemeindesubvention beträgt 600 K, die Landessubvention 1000 K. Zur Bewerbung sind beizubringen: Die Nachweise der ärztlichen Befähigung, der österreichischen Staatsbürgerschaft, der physischen Eignung und moralischen Unbescholtenheit, des Alters und der Konfession. Bewerber wollen ihre Gesuche bis 15. November an den oberösterreichischen Landesausschuß oder an die Sanitätsgemeindevertretung Oberkappel richten. Die Stelle kann jetzt schon provisorisch vergeben werden.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner**, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Ritter's Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 46. Wien, 16. November 1907. **Nr. 46.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Bedeutung der physikalischen Heilmittel für die Behandlung des Diabetes mellitus.

Von Dr. **S. Munter**, Berlin.*)

Bei der Besprechung der physikalischen Heilmittel des Diabetes mellitus muß vorerst die feststehende und allgemein anerkannte Erfahrungstatsache erwähnt werden, daß nur eine individualisierende Ernährungstherapie das Fundament der Diabetestherapie ist, und daß alle anderen therapeutischen Maßnahmen nur Unterstützungs- oder Hilfsmittel der diätetischen Therapie sind.

Als zweiten nicht minder wichtigen Faktor in der Therapie des Diabetes müssen wir die ebenfalls allgemein anerkannte Erfahrung festlegen: Eine wissenschaftliche, rationelle, erfolgreiche Behandlung des Diabetikers ist nur möglich, wenn die diätetischen oder auch sonstigen therapeutischen Vorschriften auf Basis der festgestellten Assimilationsfähigkeit des Zuckerkranken, d. h. auf Basis der Toleranz für zuzuführende Kohlehydrate eine individualisierende, d. h. eine auf quantitative Bestimmung der Zuckerausscheidung und der Kohlehydratzufuhr beruhende ist. Obwohl die Befunde und Tatsachen der Physiologie über den normalen Zuckerzerfall in unserem Organismus, als auch die der Pathologie über den krankhaften Vorgang noch zu wenig klar sind, um uns einen Anhalt für die Therapie zu geben, so sind doch, durch die empirische und klinische Erfahrung gestützt, die Aufgaben der Diabetestherapie präzis und klar.

Betrachten wir den Diabetes als eine chronische Erkrankung, durch welche der Organismus an zuckerzerstörenden Kräften eingebüßt hat, so daß infolgedessen die normale Menge Zucker im Blut erhöht ist (Hyperglykämie), und eine vermehrte Menge Zucker durch die Nieren ausgeschieden wird (Glykosurie), so werden wir als erste Aufgabe der Therapie betrachten: die zuckerzerstörenden Kräfte im Organismus zu erhöhen, die vermehrte Zuckermenge im Blute und dadurch bedingte größere Zuckerausscheidung durch die Niere zu verringern, und die damit verbundene Schädigung des Organismus zu verhindern, ferner die durch die geringere Ausnützung der zugeführten Zuckermengen für den Kraft- und Stoffwechsel eingebüßten Energiemengen zu ersetzen, sowie die durch letztere eventuell bedingte Herabsetzung des Ernährungszustandes des Körpers zu heben und so drohenden Komplikationen abzuwehren.

Um nun zu verhindern, daß der Diabetiker einen Teil der Nahrung nutzlos ausscheidet, muß dieser nicht zu assimilierende Teil beschränkt und durch nutzbare assimilationsfähige ersetzt werden, so daß dem Diabetiker dieselbe nutzbare Nahrung von dem gleichen Nährwerte und seiner Assimilationskraft angepaßt, wie sie ein Gesunder unter den betreffenden Umständen bedarf, zugeführt wird. Dieses besorgt die Ernährungstherapie, indem sie die nötigen Kalorien in Eiweiß, Fett, Alkohol und assimilationsfähigen Kohlehydraten liefert. Aus praktischen Gründen unterscheidet man drei Formen von Glykosurie, eine leichte, mittelschwere und schwere Form.

Ist nun die Ernährung in der Diabetesbehandlung die Basis der Therapie, so liefern uns doch die physikalischen Heilmittel so bedeutende Unterstützung behufs Erfüllung oben präzisierter Aufgaben der Therapie, daß ihnen in der Diabetesbehandlung ein geziemender Platz eingeräumt werden muß.

Von den physikalischen Kräften benutzen wir die Temperatur, als Wärme und Kälte, und zwar in Form der Äro-, Hydro- und Balneotherapie, je nachdem wir die Luft, das Wasser und den mechanischen oder chemischen Reiz mit der Temperatur kombinieren; ferner die Elektrizität und schließlich die Bewegung in Form der Gymnastik und Massage. Die Einwirkung der Thermo-, Hydro- und Balneotherapie können wir zusammen betrachten, weil bei ihnen, wie erwähnt, das gemeinschaftliche Grundprinzip der Temperatureinfluß (Wärme und Kälte) ist, deren Einwirkung und Folge nun je nach dem angewandten Medium, je nach der damit verbundenen Wärmekapazität, Wärmeleitung und spezifische Wärmemenge, wie ferner je nach der angewandten Intensität, Extensität und Dauer, wie je nach der Verbindung mit dem mechanischen oder chemischen Reiz wechseln. Auf der anderen Seite müssen wir aber auch die von Pflüger, Voit, Pettenkofer und anderen Autoren gefundenen physiologischen Gesetze der Temperatureinwirkung auf unseren normalen Organismus näher einwirken. Der Wärmereiz, wenn er nur ein Nervenreiz ist, ohne die Eigenwärme des Körpers zu erhöhen, hemmt die oxydativen Vorgänge;

*) Vortrag, gehalten am 28. Balneologenkongreß, Berlin.

der Kältereiz als Nervenreiz ohne Beeinflussung der Eigenwärme erhöht die Oxydation. Die Wärmezufuhr mit der Folge der Erhöhung der Eigenwärme erhöht die oxydativen Prozesse, und die Wärmeentziehung mit Herabsetzung der Eigenwärme und direkter Abkühlung des Körpers setzt an sich die Oxydation herab, erhöht aber ebenfalls durch reflektorische Anregung der chemischen Regulation und durch seine Nachwirkung, indem der Organismus die entzogene Wärmemenge wieder zu ersetzen und seine Normaltemperatur wieder zu erlangen sucht, die Oxydation.

Wir wollen nun zusehen, was wir von den Wärmezuführenden Maßnahmen mit oder ohne Wärmestauung, d. h. mit oder ohne Erhöhung der Eigenwärme, was wir von der Wärmeentziehung mit ihrer direkt oder indirekt nachfolgenden Wärmeproduktion, oder was wir von dem thermischen Reize als Wärme- und Kältewirkung als Nervenreiz verwerten können.

Wir müssen nämlich unterscheiden, ob der Zerfall erhöht werden soll, um den Konsum zu bewirken, oder ob wir die Oxydation oder Spaltungen vergrößern, um dadurch den Ansatz und Assimilation zu fördern. Um den Konsum zu vergrößern, haben wir wärmezuführende Maßnahmen, bei welchen die Wärmezufuhr die Wärmeabgabe übertrifft und dadurch eine Wärmestauung mit Erhöhung der Eigenwärme bewirkt wird; durch diese Maßnahmen wird außer N-freies auch N-haltiges Material zum Zerfall gebracht. Oder wir können den Konsum vergrößern durch direkte Wärmeentziehung durch Kälteeinwirkung, wobei entweder die reflektorisch angeregte Wärmeproduktion direkt verwertet wird und wobei ebenfalls nur N-freies Material verbrennt; oder wir wenden Wärmeentziehungen an, bei welchen wir die physikalische Regulation aufzuheben suchen und die Eigenwärme herabzusetzen uns bemühen, um durch nachfolgende Bewegung die Wärmeproduktion so zu erhöhen, daß der Organismus die entzogene Wärmemenge wieder produziert, seine ursprüngliche Eigenwärme wieder erlangt und hiedurch die Kalorienverbrennung vergrößert wird. Im letzteren Falle wird, ähnlich wie bei der Wärmestauung, sowohl N-haltiges wie N-freies Material verbrannt. Hier sind allmählich abgekühlte Halbbäder mit Reiben der Haut, kalte Vollbäder mit oder ohne Bewegung, Schwimmbäder und das kalte oder kühle kohlensaure Solbad angezeigt. Ich habe in einem CO_2-Solbade von 25° C und 35 Minuten Dauer bei einem 95 *kg* schweren Manne, trotz starken Muskelzitterns, also trotz starker chemischer Regulation, die Mastdarmtemperatur um 0·8° C sinken sehen, dieses macht ohne Berechnung der chemischen Regulation allein schon 80 Kalorien = 20 *g* Kohlehydrate aus.

Haben wir die Aufgabe, den Ansatz und Assimilation zu steigern, so werden wir solche Maßnahmen anwenden, durch welche die Wärmezufuhr nicht zur Erhöhung und die Wärmeentziehung nicht zur Herabsetzung der Eigenwärme führt, sondern wir werden nur eine gewisse Wärmemenge an der Oberfläche anstauen, die dann der nachfolgende Kältereiz, ohne die Körpertemperatur an sich zu beeinflussen, entzieht; der vorhandene Temperaturkontrast erhöht die Wirkung. Wir werden nun bei robusten, vollsaftigen, kräftigen, plethorischen, überernährten Diabetikern leichter Form, mit gutem Herz- und Gefäßsystem, bei welchen die Indikation den Konsum zu vergrößern vorliegt, beide Formen, die Wärmezufuhr mit Wärmestauung unter Erhöhung der Eigenwärme, als auch die direkte Wärmeentziehung mit gleichzeitiger oder nachfolgender erhöhter Wärmeproduktion verwerten können. Nur werden wir uns erinnern, daß die Wärmestauung auch die N-haltigen Substanzen zum Zerfall bringt; besonders dann, wenn nicht genügend N-lose vorhanden sind. Diese Indikation ist z. B. vorhanden, wenn der Diabetes mit Gicht, chronischen Infektionskrankheiten mit Ablagerungen kompliziert ist. Am vorteilhaftesten wirkt hier das protrahierte, allmählich gesteigerte Solbad von 35—40° C und 15—30 Minuten Dauer.

(Fortsetzung folgt.)

32. Hauptversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

(Fortsetzung.)

Es ist nun die Ansicht des Ministers, wo immer größere Krankheitsherde auftreten, bakteriologische Sachverständige zu entsenden, um festzustellen, wie die Umgebung sich verhält, welche Art der Verbreitung zu beobachten ist usw., um wirksame Maßnahmen treffen zu können. Die Frage ist also noch nicht spruchreif, sondern sie muß weiter geprüft werden. Daher werden wir auch die bakteriologischen Institute vermehren. Weiter ist nötig, daß möglichst das, was durch das Gesetz als zulässig bezeichnet wird, zur Regel wird, daß nämlich die Kommunen und Kreise die Desinfektionen unentgeltlich vornehmen. Dann werden keine Verheimlichungen und Verschleppungen von Krankheiten mehr vorkommen. (Beifall.) Ferner werden wir das von Geh. Rat Flügge empfohlene Merkblatt schaffen. Etwas weiteres weiß ich nicht. Alle diejenigen aber, die eine Freude daran haben, die Bevölkerung zu beunruhigen, ersuchen wir, uns Vorschläge zu machen, was wir eigentlich tun sollen, und es soll dann an uns nicht fehlen. (Heiterkeit und Beifall.)

Krankenhausdirektor Prof. Dr. Deneke, Hamburg: Nach diesen Worten des Herrn Regierungsvertreters sind also unsere Aussichten auf eine durchgreifende Bekämpfung der epidemischen Genickstarre gerade nicht sehr glänzend. (Sehr richtig!) Ja, es muß uns Ärzte eine gewisse Stimmung von Mutlosigkeit überkommen. Trotzdem sollten wir alles tun, um alle weiteren Untersuchungen zu fördern, die uns wirksame Waffen gegen die furchtbare Seuche schaffen können. (Beifall.)

Über die Frage: Wie hat sich auf Grund der neueren Forschungen die Praxis der Desinfektion gestaltet? sprach sodann Prof. Dr. Tjaden, Bremen, unter Vorlegung folgender Leitsätze:

1. Die neueren Forschungen über die Verbreitungsweise der ansteckenden Krankheiten und über die biologischen Eigenschaften der Krankheitserreger haben dargetan, daß in höherem Maße als früher angenommen wurde, lebende Wesen für die Verbreitung in Frage kommen und daß diesem Verbreitungsmodus gegenüber die Übertragung durch tote Gegenstände wesentlich seltener ist. 2. Aus dieser Erkenntnis heraus ist in neuerer Zeit der fortlaufenden Desinfektion der Ausscheidungen und Absonderungen unmittelbar am Krankenbette ein größerer Wert beigelegt worden. 3. Die sogenannte Schlußdesinfektion sowie die Desinfektion von Gesamtabwässern ist in ihrer Bedeutung zurückgetreten. 4. Die Desinfektion hat in ihren Grundzügen an Einheitlichkeit gewonnen, trotzdem sie in Einzelheiten den besonderen für die Übertragung in Betracht kommenden Möglichkeiten besser angepaßt ist. 5. Die Desinfektion bildet für die Praxis der Seuchenbekämpfung auch zurzeit noch ein wertvolles Hilfsmittel, wenngleich ihr eine so ausschlaggebende Bedeutung nicht mehr zugemessen werden kann, wie es früher geschehen ist.

Am Abend fand im alten Rathause ein vom Senat gegebenes Fest zu Ehren der Teilnehmer statt. Bürgermeister Barkhausen begrüßte die Versammelten im Ratskeller. Oberbürgermeister Dr. Lentze, Magdeburg, beantwortete die mehrfach mit Beifall unterbrochene Rede. In der oberen Halle begrüßte Senator Stadtländer die Gäste. Oberbürgermeister Ebeling, Dessau, sprach den Dank der Gäste für die schönen Worte aus.

Am zweiten Verhandlungstage begannen die Verhandlungen mit einem Vortrage des Reichsratsabgeordneten Dr. Mugdan, Berlin, über: Die Mitwirkung der Krankenversicherung auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege.

Gerade jetzt, führt der Vortragende aus, ist eine Rückschau auf die hygienischen Wirkungen der Krankenversicherung angebracht, weil eine Reform der Krankenversicherungsgesetze bevorstehe. Der Segen der gegenwärtigen Krankenversicherung für die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit ist ein erheblicher: Die Gewährung freier ärztlicher Behand-



lung, freier Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnlicher Heilmittel für den Versicherten vom ersten Tage der Erkrankung ab verhindert, daß die hier in Betracht kommenden unbemittelten oder wenig bemittelten Personen infolge ihrer Mittellosigkeit oder Unvermögens ihrer Umgebung ärztliche Hilfe und Heilungsmittel zu spät oder nur im Falle äußerster Not erhalten.

Die statutarisch mögliche Gewährung freier ärztlicher Behandlung, freier Arznei und sonstiger Heilmittel für nichtversicherungspflichtige Familienangehörige der Versicherten sei insbesondere geeignet, die hohe Kindersterblichkeit zu vermindern und Verschleppung der Heilung einer Krankheit der für den Arbeiterhaushalt unentbehrlichen Hausfrau zu verhindern.

Bei der Reform der Versicherungsgesetzgebung muß aber der Kreis der Versicherten beträchtlich erweitert werden. Die Krankenversicherung ist auszudehnen auf alle, die der Invaliditätsversicherungspflicht unterliegen, vor allem auf die landwirtschaftlichen Arbeiter und das Gesinde, ebenso sind die Reedereiarbeiter nicht zu vergessen, die deshalb nicht unter das Gesetz fallen, weil ihr Arbeitsvertrag bei demselben Arbeitgeber meist nicht die Zeit von einer Woche erreicht. Ferner ist anstatt der statutarisch möglichen die obligatorische Gewährung freier ärztlicher Behandlung nebst allen vorher erwähnten Leistungen auch an die Familienangehörigen der Versicherten zu fordern. Sehr wichtig sei auch eine Regelung des Verhältnisses des Arztes zu den Krankenkassen. Die in den letzten Jahren zwischen Kassenärzten und Krankenkassen an vielen Orten entstandenen Streitigkeiten sind vom hygienischen Standpunkte aus aufs tiefste zu beklagen, da hier der Sieg der Ärzte oder der Krankenkassen nur davon abhängt, wie lange die hilfsbedürftigen Kranken eine geordnete ärztliche Behandlung entbehren können. Es ist deshalb Aufgabe der Gesetzgebung, die Wiederholung solcher Vorkommnisse unmöglich zu machen.

Wünschenswert ist die Erlangung einer zuverlässigen Krankheitsstatistik über die bei Kassenmitgliedern vorgekommenen Erkrankungen. Zu diesem Zwecke ist die Einführung einer ärztlichen Meldekarte zu fordern. An der Hand einer zuverlässigen Statistik werden unsere Ansichten über viele Gewerbekrankheiten erst eine sichere Grundlage erhalten. (Lebhafter Beifall.)

In der Diskussion betont Regierungsrat Dr. Düttmann, Oldenburg, die große Bedeutung der hygienischen Aufklärung.

Stadtverordneter Dr. Wagner, Hanau: Zu den hygienischen Forderungen des Referenten möchte ich nur hinzufügen, daß auch eine Erweiterung der Krankenunterstützung über 26 Wochen hinaus wünschenswert ist. Betreffs der freien Arztwahl betone ich entgegen dem Referenten, daß ihre gesetzliche Einführung gerade von hygienischen Gesichtspunkten aus zu verwerfen ist. Nach den Erfahrungen einer Reihe von Kassen ist die freie Arztwahl außerordentlich kostspielig, sie führt zu einer Reihe unnützer Ausgaben, die niemandem zugute kommen als dem Apotheker.

Geheimer Oberfinanzrat Fuchs, Darmstadt: Im Großherzogtum Hessen ist eine Reihe von Forderungen des Referenten erfüllt. Wir haben 1900 eine Betriebskrankenkasse für alle staatlichen Arbeiter eingeführt, wobei eine Familienversicherung von vornherein mit eingeführt wurde. Auch die freie Arztwahl haben wir mit Hilfe der ärztlichen Organisationen, mit denen wir einen Tarifvertrag auf fünf Jahre abgeschlossen haben, durchgeführt. Möglich war uns dies, weil der Staat die Verwaltungskosten trägt. In der Richtung müßte weitergegangen werden, es müßten Stadt- und Kreiskrankenkassen gegründet werden, die aber die Verwaltungskosten übernehmen.

Sanitätsrat Dr. Sonnenkalb, Leipzig: Aus meinen Erfahrungen heraus widerspreche ich der Forderung des Vortragenden, daß den doppelt Versicherten das Krankengeld nicht gekürzt werden darf, der gegenwärtige Zustand muß vielmehr aufrechterhalten werden.

Dr. Lennhoff, Berlin: In Berlin haben wir mit hygienischen Vorträgen für die Arbeiter sehr gute Erfolge gehabt. Die Erweckung des hygienischen Interesses unter den Arbeitern ist übrigens eine Folge der freien Arztwahl, das geht aus den Protokollen der Krankenkassenkongresse, die sich früher nur mit Verwaltungsfragen beschäftigten, ganz klar hervor.

Irgendwelche Beschlüsse wurden nicht gefaßt.

Es folgt der Vortrag von Prof. Dr. Fuchs, Freiburg i. Br., über: Die Gartenstadt.

Die Gartenstadtidee ist ursprünglich in Deutschland entstanden, hat aber zu einer praktisch erfolgreichen Bewegung zuerst in England geführt. Sie wurzelt hier in den ganz eigenartigen Verhältnissen der Besiedelung und Agrarverfassung, der Verteilung der Bevölkerung von Stadt und Land und der Entvölkerung des platten Landes. Neben dieser Agrar- und Besiedlungsfrage hat sie ihre Wurzel in der „Citybildung“ und der damit zusammenhängenden charakteristischen englischen Wohnweise, der Trennung des Wohnortes von der Arbeitsstätte. Diese hat namentlich für die gelernten Arbeiter, bis auf welche sie sich erstreckt, bereits vielfach ein zu großes Maß angenommen.

In Deutschland besteht bei seinen gänzlich abweichenden Agrar- und Besiedelungsverhältnissen weder das gleiche Bedürfnis noch die gleiche Möglichkeit für Gartenstädte im engeren Sinne. Hier kann es sich daher bei der Gartenstadtbewegung vorwiegend nur um Gartenvorstädte handeln. Dies gilt auch von der ersten im Entstehen begriffenen Gründung der Deutschen Gartenstadtgesellschaft in Rüppur bei Karlsruhe. Die ausgedehnte Gründung von solchen Gartenvorstädten ist aber von größter Bedeutung für die Emanzipation von der Mietskaserne in den Außenbezirken unserer Städte und damit für die Schaffung gesünderer und kulturell höher stehender Wohnungsverhältnisse für unsere Mittel- und Arbeiterklassen.

Zu ihrer Einbürgerung sind neben entsprechender Gestaltung der Bebauungspläne und Bauordnungen (vor allem Unterscheidung von Wohn- und Verkehrsstraßen und Herabsetzung der Anforderungen für Kleinhäuser) ausgedehnte Anwendung des Erbbaurechtes durch den Staat und Städte sowie entsprechende Entwicklung der Verkehrsmittel notwendig. (Lebhafter Beifall.)

In der Diskussion weist geheimer Oberbaurat Professor Baumeister, Karlsruhe, nachdrücklich darauf hin, daß die Frage der Errichtung von Gartenvorstädten in erster Linie eine Bodenfrage sei. Die Gesetzgebung sollte dafür sorgen, daß durch verständige Bauordnungen die Vorbedingung für eine Gartenvorstadt, ein niedriger Bodenpreis, geschaffen werde. (Beifall.)

Geheimer Oberbaurat Stübben, Berlin, meint, die deutsche Gartenbaugesellschaft müsse den deutschen Verhältnissen mehr Rechnung tragen, sie dürfe die Frage des Gemeineigentums nicht in den Vordergrund rücken und müsse auch das Zweifamilienhaus zulassen, überhaupt sich mit der gartenmäßigen Vorstadt begnügen. Er teilt mit, daß der preußische Fiskus bei Posen und Thorn in diesem Sinne vorgegangen sei; die Stadtverwaltungen mögen ebenfalls dafür Sorge tragen, daß Gartenvorstädte möglich werden. (Beifall.)

(Schluß folgt.)

II. Referate.

Zur Kenntnis der afrikanischen Schlafkrankheit. Von Stabsarzt Dr. K. Kutscher.

Der afrikanischen Schlafkrankheit wird zurzeit aus wissenschaftlichen, sozialen und wirtschaftlichen Gründen allgemein das lebhafteste Interesse entgegengebracht. Dieses dürfte, abgesehen von den genannten Gründen, nicht in letzter Linie auch darauf zurückzuführen sein, daß kein geringerer als Robert Koch nunmehr wieder beinahe ein Jahr lang zur Erforschung und Bekämpfung der Seuche im Herzen Afrikas weilt. Deshalb dürften sicherlich auch den Ärzten, welche der Erforschung der tropischen Infektions-



krankheiten infolge ihrer beruflichen Tätigkeit ferne stehen, einige Mitteilungen über das Wesen und die Verbreitung der Krankheit nicht unwillkommen sein.

Die Schlafkrankheit (Sleeping sickness) wurde zuerst von dem englischen Arzte Winterbottom ungefähr im Jahre 1800 bei den Eingeborenen der Küstenländer des Busens von Benin (Westafrikanische Sklavenküste) beobachtet. Im Anfange des vorigen Jahrhunderts wurden dann bald darauf ähnliche Krankheitserscheinungen unter den Negern der Antillen bekannt. Es handelte sich in diesen Fällen offenbar um bereits mit dem Keime des Leidens behaftete, aus Afrika eingeführte Negersklaven. Die erste genauere Mitteilung über die Seuche gab 1848 der englische Missionär Clarke, welcher die Schlafkrankheit bei den Eingeborenen der Goldküste und Sierra Leone beschreibt.

Durch weitere Forschungen der folgenden Jahrzehnte konnte festgestellt werden, daß die Krankheit über den größten Teil des tropischen Westafrika unregelmäßig verbreitet ist. Sie fand sich nicht nur an der Küste, sondern hauptsächlich auch entlang den großen Verkehrsstraßen nach dem Innern, wobei sie in erster Linie die tief gelegenen, feuchten, mit niedrigem Buschwerke bedeckten Landstriche an den großen Flußläufen bevorzugte. (Senegal und Gambia, Niger, Kongo.)

In der an der Küste Westafrikas gelegenen Kolonie Togo wurden früher, bis zum Jahre 1902, nur einzelne Krankheitsfälle festgestellt. Es scheint jedoch sicher, daß die Krankheit in einzelnen Teilen dieses Schutzgebietes, wenn auch nur in geringer Ausdehnung, schon seit längerer Zeit endemisch vorkommt (Ziemann).

In Kamerun ist die Schlafkrankheit an der Küste sowie im Kamerungebirge bisher nicht aufgetreten. Dagegen ist sie im östlichen und nördlichen Hinterlande ebenfalls bekannt (Ziemann).

Während die portugiesische Kolonie Angola stark verseucht ist, ist das südlich sich hieran anschließende südwestafrikanische Schutzgebiet bisher ganz verschont geblieben, so daß sich das heutige Gebiet der Krankheit an der Westküste Afrikas ungefähr vom Senegal (18° nördlicher Breite) bis zum Kunene (15° südlicher Breite), dem Grenzfluß zwischen Angola und Deutsch-Südwestafrika, erstreckt. Die Ostküste Afrikas ist bisher, soweit bekannt, vollkommen frei geblieben.

Aus dem klinischen Verlaufe der menschlichen Trypanosomeninfektion sind hauptsächlich folgende Punkte hervorzuheben: Man kann vier, allerdings nicht ganz scharf voneinander abgrenzbare, einzelne Phasen der Krankheit unterscheiden. In dem Vorstadium, von der Infektion bis zum Eintritte des Fiebers und Exanthems, sind Krankheitserscheinungen nicht vorhanden. Zuweilen kann in dieser Zeit schon durch eine Untersuchung der meist am deutlichsten geschwollenen Nackendrüsen oder des Blutes das Vorhandensein von Trypanosomen nachgewiesen werden. An diese Phase der Krankheit, deren Dauer unbekannt ist, schließt sich das erste Stadium der eigentlichen Krankheit, das sogenannte Trypanosomenfieber an. Es ist charakterisiert durch unregelmäßige Fieberanfälle, welche meistens mit heftigen Kopfschmerzen einhergehen und häufig zur Verwechselung mit Malaria Veranlassung gegeben haben. Die Fieberanfälle hinterlassen in der Regel jedesmal mehr oder weniger ausgesprochene Schwäche, besonders in den Beinen. Meist gleichzeitig mit dem Fieber, treten an der Haut, besonders des Gesichtes und der Unterschenkel, vorübergehend Ödeme, sowie Erytheme und nesselähnliche Ausschläge auf. Ausgesprochen sind in dieser Zeit fast immer bereits Störungen seitens der Zirkulations- und Atmungsorgane. Die Pulsfrequenz und die Anzahl der Atemzüge sind deutlich vermehrt. Meistenteils ist ein deutlicher Milztumor nachweisbar. Die Drüsen, namentlich die Zervikaldrüsen, zeugen oft schon früh eine deutliche Schwellung. In ihnen, seltener im zirkulierenden Blute, sind die Trypanosomen nachweisbar. Dieses Stadium des sogenannten Trypanosomenfiebers, in welchem monatelange Remissionen vorkommen können, in welchen bis auf leichtes Unwohlsein alle Krankheitserscheinungen fehlen, geht allmählich in die dritte Phase, die eigentliche Schlafkrankheit, über.

Die Kranken beginnen jetzt häufig durch rasche Ermüdung, Arbeitsunlust und mürrisches Wesen aufzufallen. Mit der Steigerung dieser nervösen Symptome geht eine Vernachlässigung der Körperpflege und Reinlichkeit Hand in Hand. Der Kranke, welcher den Verkehr mit seinen Genossen meidet, macht einen stumpfsinnigen Eindruck und verfällt allmählich in einen zunächst vorübergehenden, dann aber stetig zunehmenden Zustand von Schlaftrunkenheit. In diesem Stadium sind häufig schon früh ein ausgesprochener Tremor sowie stotternde Sprache vorhanden. Auch diese Phase der Krankheit kann durch zuweilen wochenlange scheinbare Besserungen unterbrochen sein, führt aber meist in ziemlich gleichmäßigem Verlaufe dem unabweisbaren Ende entgegen. Die Nahrungsaufnahme geschieht seltener und erfolgt nur, wenn dem schließlich ohne Unterbrechung somnolenten Kranken Nahrung gereicht wird, und dann oft völlig unzureichend. Hiedurch leidet der Ernährungszustand, so daß die Kranken schließlich sehr stark abmagern. Infolge immer stärker werdender Muskelschwäche ist aufrechtes Stehen oder Gehen zuletzt nicht mehr möglich. Die herabgesetzte Sensibilität begünstigt im Vereine mit der starken Abmagerung das Entstehen von oft ausgedehntem Dekubitus an den aufliegenden Stellen des Körpers. An diesen Zustand schließt sich ohne merkbaren Übergang das letzte Stadium an, welches fast immer durch eine terminale sekundäre Diplokokkeninfektion der Gehirnhäute gekennzeichnet ist. Es bedarf in der Regel jetzt nur noch einer interkurrenten Affektion — Pneumonie, starker Durchfall usw. —, um das Ende des bedauernswerten Kranken herbeizuführen.

Diesem klinischen Verlaufe liegen folgende pathologisch-anatomische Veränderungen zugrunde. Wir verdanken die Kenntnis der letzteren in erster Linie den umfangreichen Arbeiten der portugiesischen Kommission zur Erforschung der Schlafkrankheit (Bettencourt und seine Mitarbeiter). Es sind hier vor allem die Veränderungen der nervösen Zentralorgane hervorzuheben. Die Dura mater zeigt oft einen rötlichen, entzündlichen Belag, nach dessen Entfernung die Hirnhaut verdickt und mit warzenförmigen, rötlichen Prominenzen besetzt erscheint. Es besteht dann oft eine starke Blutfüllung der Arterien und Sinus der Dura mater. Die Arachnoidea ist häufig milchig getrübt und verdickt. Die Pia ist ekchymotisch injiziert. Diese Veränderungen sind an der Konvexität des Gehirns am meisten ausgesprochen. Ähnliche Veränderungen, jedoch weniger deutlich, finden sich an den Rückenmarkshäuten. Die Konsistenz der Gehirn- und Rückenmarksubstanz ist in der Regel unverändert. Die Hirnhöhlen zeigen eine geringe Erweiterung, die Zerebrospinalflüssigkeit eine nicht sehr starke, aber deutliche Vermehrung. Die makroskopischen Veränderungen entsprechen demnach einer chronischen, diffusen Zerebrospinalmeningitis. Von den mikroskopischen Befunden ist am auffälligsten eine starke entzündliche Infiltration in der Pia und Arachnoidea, besonders in der Nähe der Blutgefäße und perivaskulären Lymphräume. In vielen Fällen finden sich an den Stellen der Leukozyteninfiltration in den Meningen Anhäufungen zahlreicher Diplokokken, namentlich an der Hirnbasis.

An den Organen der Brust- und Bauchhöhle finden sich keine charakteristischen Veränderungen. In der Lunge kommen häufiger pneumonische Herde vor. Das Herz ist schlaff, der Herzmuskel degeneriert, zuweilen besteht Endo- oder Perikarditis. Die Milz ist meist deutlich vergrößert. Bronchial- und Mesenterialdrüsen zeigen fast regelmäßig deutliche Schwellung.

Als ätiologische Momente für die Entstehung der Schlafkrankheit wurden zunächst in der vorbakteriologischen Zeit die verschiedensten Ursachen angeschuldigt. Ohne auf eine Beschreibung der Morphologie derselben hier näher einzugehen, sei nur bemerkt, daß durch die Entdeckung Bruces



und Castellanis der Erforschung der Schlafkrankheit völlig neue, seitdem vielfach mit weiterem Erfolge beschrittene Wege eröffnet wurden. Namentlich von Bruce, Greig u. a. wurde weiter ermittelt, daß die Schlafkrankheit nur das letzte Stadium einer menschlichen Trypanosomenkrankheit ist, welche durch den Stich einer Tsetsefliege, der Glossina palpalis, vermittelt wird. Das Endstadium der Schlafkrankheit kommt erst dann zur Entwicklung, wenn die Trypanosomen aus dem Blute, in welches sie durch den Fliegenstich gelangen, in die Zerebrospinalflüssigkeit eindringen. Dieser Krankheitsverlauf ließ sich wiederholt bei ein- und demselben Menschen verfolgen. Nach dem ersten von Dutton am Gambia beobachteten menschlichem Trypanosomenfieber hat sich für den Erreger der Schlafkrankheit jetzt allgemein die Bezeichnung Trypanosoma gambiense eingebürgert. Bei dem Kranken ist das Trypanosoma gambiense in den ersten Stadien der Krankheit regelmäßig in den Lymphdrüsen, schwieriger im Blute, in den späteren Stadien in der Zerebrospinalflüssigkeit nachweisbar.

Die Annahme, daß die Glossina palpalis die menschliche Trypanosomiasis überträgt, wird dadurch bestätigt, daß das Verbreitungsgebiet der Schlafkrankheit mit demjenigen der genannten Stechfliege, über welches unsere Kenntnisse allerdings noch lückenhaft sind, im allgemeinen zusammenfällt. Neuinfektionen von Gesunden finden trotz des Vorhandenseins Kranker nicht statt in Gegenden, wo die Glossina fehlt. Letzteres konnte z. B. beobachtet werden im tropischen Amerika (Antillen), wo das Infektionsmaterial in Gestalt ausgeführter schlafkranker Negersklaven vorhanden war. R. Koch gelang es außerdem kürzlich, einwandsfrei festzustellen, daß außer der Glossina palpalis auch noch andere Glossinenarten die Übertragung vermitteln können. Im Verdauungskanal von Glossinen konnte R. Koch, und zwar nur in infizierten Tieren, zwei Typen von Tyrpanosomen stets nebeneinander feststellen, welche durch die Anordnung ihres Plasmas und Chromatins deutlich voneinander zu trennen waren.

Über die Behandlung und die Prognose der Schlafkrankheit mögen einige wenige Angaben angeführt sein. Von den vielen Mitteln, welche angewendet wurden, sind, abgesehen von vorübergehenden Besserungen und scheinbaren Heilungen, volle Erfolge bis jetzt nicht zu verzeichnen gewesen. Nach allen bisherigen Versuchen scheint die subkutane oder intramuskuläre Anwendung des Atoxyls, einer Arsen-Farbstoffkomponente, noch die besten therapeutischen Aussichten zu eröffnen (Todd, Broden, Rhodain, Ayres, Kopke). Ehrlich sah im Tierversuche zum Teile gute Erfolge von der Anwendung des Trypanrots oder einer Kombination anderer Farbstoffe (Parafuchsin) mit Arsenpräparaten. Bekanntlich ist R. Koch zur Zeit damit beschäftigt, den Wert und die Methode der Atoxylbehandlung an einem umfangreichen Krankenmateriale auf den Seeinseln am Nordende des Viktoria-Nyanza in großem Maßstabe zu erproben. Nach den bisher vorliegenden Berichten hierüber waren die Erfolge in der ersten Zeit der Behandlung durchaus günstig. Jedoch spricht sich R. Koch selbst dahin aus, daß wegen der kurzen Dauer seiner bisherigen Versuche sich ein abschließendes Urteil über den endgültigen Erfolg zur Zeit noch nicht abgeben läßt.

Die Prognose ist bei der Schlafkrankheit im allgemeinen außerordentlich ungünstig. Es können jedoch Fälle vorkommen, in denen trotz anfänglichen Fiebers im zweiten Krankheitsstadium die Trypanosomen jahrelang aus dem Blute verschwinden. Unter diesen Umständen ist schließlich eine Heilung denkbar, wenn gegenüber den Trypanosomen eine gewisse Toleranz eintritt, wie dies z. B. bei den Tsetsetrypanosomen im Tierkörper beobachtet ist. Mitteilungen über anscheinend derartig verlaufende Fälle finden sich bei Mense.

Auf die Prophylaxe der Schlafkrankheit ist bei der bisher zweifelhaften Therapie naturgemäß der größte Wert zu legen. Ähnlich den nach den Angaben R. Kochs bei den Malariaerkrankungen vielfach mit gutem Erfolge durchgeführten Maßregeln würde eine geordnete Bekämpfung der Seuche zunächst möglichst alle Kranken, vor allem aber auch die für die Verbreitung der Krankheit gefährlichsten, scheinbar gesunden Parasitenträger des ersten und zweiten Krankheitsstadiums feststellen und in Behandlung und Überwachung nehmen müssen. Die Feststellung der Parasitenträger und leichten Fälle ermöglicht sich, wie Greig und neuerdings besonders R. Koch an zahlreichen Fällen nachweisen konnten, durch Punktion und Untersuchung der geschwollenen Zervikaldrüsen, in denen sich, wie bereits erwähnt, sehr frühzeitig die Erreger finden.

Weitere Bekämpfungsmaßregeln allgemeinerer Art würden sich dann in erster Linie gegen die Glossinen als Überträger der Krankheit zu richten haben. Die eingehende Beobachtung der Lebensgewohnheiten und -Bedingungen der Fliege, auf deren Morphologie und genauere Beschreibung hier nicht näher eingegangen werden kann, wird hier wahrscheinlich noch manchen wertvollen Fingerzeig für ihre Bekämpfung geben. So konnte R. Koch neuerdings feststellen, daß Glossinen sich hauptsächlich von dem Blute der Krokodile nähren und daß vielleicht zwischen dem Vorhandensein dieser und den Fliegen gewisse Beziehungen bestehen. Ferner wies R. Koch darauf hin, daß durch Ausroden des dichten, niedrigen Buchenwaldes, welcher den Glossinen als Standort dient, diese mit Sicherheit in verschiedenen Fällen zum Aufgeben des letzteren zu veranlassen wären. Außerdem wissen wir, daß die Glossinenarten regelmäßig fast nur in der unmittelbaren Nähe des Ufers von Flüssen oder Seen vorkommen. Vielleicht lassen sich auch auf der Beobachtung R. Kochs, daß die Vermehrung der Glossinen, welche zu den pupiparen Insekten gehören und immer nur eine einzige Larve produzieren, eine außerordentlich langsame ist, weitere Maßnahmen zur Bekämpfung derselben aufbauen.

Die persönliche Prophylaxe muß sich in erster Linie gegen den Stich der Glossinen richten. Die anzuwendenden Schutzmaßregeln fallen teilweise mit denjenigen gegen die Stechmücken zusammen. Sehr bedeutend läßt sich die Infektionsgefahr z. B. dadurch herabmindern, daß Stellen in der Nähe des Ufers im niedrigen Busche, namentlich als Lagerstellen von den Expeditionen und Reisenden vermieden werden. Durch das Vermeiden des Anlegens menschlicher Niederlassungen in unmittelbarer Nähe des Ufers der Wasserläufe und Seen wird in Gegenden, wo Glossinen und Schlafkrankheit vorkommen, sehr wahrscheinlich auch manche Infektion zu vermeiden sein. Es ist zu hoffen, daß unsere Kenntnisse über die Verbreitung und Lebensweise der Glossinen durch die mühevollen Untersuchungen und mannigfachen Erfahrungen gerade der deutschen Schlafkrankheitsexpedition die erforderlichen Unterlagen für eine erfolgreiche Bekämpfung der Seuche erhalten werden. (Berliner klinische Wochenschr. Nr. 10, 1907.)

*

Die Tuberkulinbehandlung der Lungentuberkulose. Von Oberarzt Prof. Hammer.

Es sind jetzt 15 Jahre vergangen, seitdem R. Koch ein neues Heilmittel gegen die Tuberkulose, das Tuberkulin, bekannt gab.

Auf eine nur kurze Spanne Zeit von wenigen Monaten, in welcher größte Begeisterung und ein gewaltiger Enthusiasmus für die neue Behandlungsmethode bei aller Welt herrschte, folgte eine Periode der bittersten Enttäuschung, und das neue Mittel, das mit so großen Hoffnungen und Erwartungen aufgenommen war, schien begraben und der Vergessenheit anheimgegeben. Tatsächlich aber war dies nur ein Scheintod. In aller Stille wurden mit dem Mittel von einigen Ärzten weitere Heilversuche angestellt und in den letzten Jahren sehen wir die Literatur über die therapeutische Wertigkeit des Tuberkulins von neuem anwachsen und recht umfangreich werden.

Eine Rechtfertigung für die Wiederaufnahme dieses, wie es nach der ersten Tuberkulinperiode schien, durchaus nicht



ungefährlichen Mittels, ergab sich aus der Tatsache, daß in einzelnen mit Tuberkulin-behandelten Fällen doch recht auffällig günstige Resultate erzielt waren, und es entstand die Frage, ob nicht durch eine Änderung in der Art der Anwendung, in der Dosierung, in der Auswahl der Fälle usw. die früher hervorgetretenen Schädlichkeiten vermieden und doch Heilungen erzielt werden könnten.

In der Tat berichtet eine nicht geringe Anzahl von Autoren, die sich in den letzten Jahren mit dem Tuberkulin zu therapeutischen Zwecken beschäftigt haben, über günstige Erfahrungen. Es fehlt allerdings auch nicht an solchen Arbeiten, die dem Tuberkulin nach wie vor jeglichen Heilwert absprechen und auch heute noch, trotz der wesentlich modifizierten Anwendungsweise, an der Gefährlichkeit des Mittels festhalten.

Wenn wir nach den Gründen dieser in der Therapie nicht gerade ungewöhnlichen Erscheinung, daß ein Mittel zuerst hochgepriesen, dann gänzlich verworfen, schließlich doch noch Anerkennung findet, fragen, so sind diese in erster Linie zu suchen in einer ursprünglich unrichtigen Anwendung des Mittels. Die Dosen, die verwendet wurden, waren viel zu hoch und das Prinzip der Behandlung war falsch. Nicht unwichtig scheint auch der Umstand zu sein, daß die Erwartungen, die von allen Seiten an das Tuberkulin geknüpft wurden, von vornherein viel zu hochgespannte waren.

Es ist eine allgemein anerkannte Anschauung, daß die tuberkulöse Infektion der Manifestation des Krankheitsprozesses um Jahre und Jahrzehnte voraufgeht. Nachdem also der Tuberkelbazillus seit Jahren, oft seit Jahrzehnten, Zeit und Muße gehabt hat, sich in den verschiedensten Teilen des Körpers anzusiedeln und einzunisten, nachdem er in einer nicht geringen Anzahl von Fällen schon im kindlichen Lebensalter ein mehr oder weniger schweres Krankheitsbild der Skrophulose hervorgerufen hat, da treten nach Jahr und Tag erst die Symptome derjenigen Erkrankung, gegen die das Koch'sche Tuberkulin wirksam sein soll, in die Erscheinung.

Und in welcher Weise verläuft die Manifestation der Tuberkulose? Es können oft sehr lange dauernde, unklare Prodromalerscheinungen, wiederum manchmal von jahrelanger Dauer, vorhergehen, bis die latente Tuberkulose in eine mit unseren derzeitigen Untersuchungsmethoden nachweisbare Krankheit verwandelt wird. Dann allerdings ist der Arzt imstande, das Vorhandensein einer Lungentuberkulose zu diagnostizieren; wie weit aber der Prozeß bereits um sich gegriffen hat, das festzustellen, macht auch jetzt noch große Schwierigkeiten und in der Regel erscheint die Affektion klinisch viel geringer, als sie es anatomisch ist.

Ebenso läßt sich eine sichere Prognose über den weiteren Verlauf der Krankheit durchaus nicht immer stellen. Ein gutartiger Fall verwandelt sich plötzlich und scheinbar ohne besondere Ursache in einen bösartigen und auch das Entgegengesetzte kann stattfinden: ein allem Anschein nach eine durchaus ungünstige Prognose bietender Fall nimmt ganz unerwartet einen günstigen Ausgang, und zwar oft ohne daß besondere therapeutische Maßnahmen stattgefunden hätten. Bei diesem exquisit chronischen Verlauf der Tuberkulose, der sich über Jahre und Jahrzehnte erstrecken kann, bei den zur Genüge bekannten polymorphen anatomischen Formen der Lungentuberkulose, bei der Unsicherheit in der Beurteilung der anatomischen Ausbreitung des Krankheitsprozesses, bei dem oft jähen Wechsel im klinischen Verlaufe dürfen wir an ein Heilmittel von vornherein keine allzu großen Ansprüche stellen. Wir können von einem fast immer erst in einem späten Stadium der Erkrankung zur Anwendung gelangenden Mittel nicht verlangen, daß es sich in jedem Falle bewährt und mit Sicherheit den Krankheitsprozeß in kurzer Zeit und vollständig zur Ausheilung bringt; wir müssen vielmehr damit ganz zufrieden sein, wenn wenigstens in den günstigen und nicht allzu spät in Behandlung kommenden Fällen eine Heilung allein durch Tuberkulin erzielt werden kann.

Vielleicht wird man diesem bescheidenen Standpunkte gegenüber einwenden können, daß wir dann dieses Mittels in der Behandlung der Tuberkulose entbehren können, da solche Resultate auch ohne besonderes Hilfsmittel, allein durch die bisher übliche hygienisch-diätetische Methode erreicht werden.

Dieser Einwand entbehrt jedoch einer Berechtigung, denn das Mittel wird dann sofort eine wesentlich günstigere Wirkung entfalten und vielleicht einen bemerkbaren Einfluß auf die Zahl der Lungentuberkulösen gewinnen können, wenn es immer in einem sehr frühen Stadium, möglichst vor der eigentlichen Manifestation der Krankheit zur Anwendung kommt; und ferner wird ein solches wirksames Mittel hauptsächlich der immer noch sehr großen Zahl von Tuberkulösen zugute kommen, die sich trotz der heute vorhandenen zahlreichen Volksheilstätten den Luxus einer hygienisch-diätetischen Kur nicht leisten können.

Wenn wir uns auf diesen bescheidenen Standpunkt stellen, daß von einem Heilmittel gegen die Tuberkulose, speziell gegen die Lungentuberkulose, ein Erfolg im wesentlichen nur in den Anfangsstadien zu erwarten ist, in einem Stadium, in dem es zu einer klinisch nachweisbaren Manifestation eventuell noch gar nicht gekommen ist und vielfach nur der Verdacht auf eine sich entwickelnde Tuberkulose besteht, so muß um so mehr der Gesichtspunkt der Unschädlichkeit des anzuwendenden Mittels berücksichtigt werden. Kann dieser unbedingt gewahrt werden, so steht einer ausgedehnten und vor allem frühzeitigen Anwendung des Tuberkulins nichts im Wege und es wird dann wieder um so eher möglich sein, über die sehr schwierige Frage des Wertes dieser Behandlungsmethode sich ein Urteil zu bilden. Die Schwierigkeit gerade dieser Frage darf bei der häufigen Spontanheilung der Tuberkulose nicht unterschätzt werden. Sie wird sich in exakter Weise nur beantworten lassen entweder auf experimentellem Wege, der zweifelsohne sichersten und eindeutigsten Methode, oder durch große Sammelstatistiken. Die erstere Methode hat, abgesehen von den ersten Koch'schen Versuchen, vorläufig eine der Tuberkulintherapie ungünstige Antwort gegeben, die andere ist zur Zeit nicht anwendbar, da größere Zahlen von tuberkulinbehandeltem Material bei der noch immer vorhandenen Scheu vor der Anwendung des Mittels vorerst nicht zu Gebote stehen. So sind wir bis auf weiteres angewiesen auf die Mitteilung der klinischen Erfahrungen einzelner Autoren, die sich der Tuberkulintheraphie wieder zugewandt haben.

Seit ungefähr 6 Jahren hat auch Tuberkulin zur Behandlung der Lungentuberkulose verwandt. Trotzdem diese Zeit als eine recht lange erscheinen mag und wohl genügen sollte, ein einigermaßen sicheres Urteil über den Heilwert eines Heilmittels zu gewinnen, so steht nicht an, einzugestehen, daß er seine Erfahrungen durchaus noch nicht als abgeschlossen betrachtet.

Eine Stellungnahme gegenüber der Tuberkulintherapie scheint uns jedoch bei der noch immer herrschenden starken Differenz der Meinungen angezeigt und notwendig. In der Hauptsache kam das alte Koch'sche Tuberkulin zur Verwendung und nur auf dieses bezieht sich diese Mitteilung. Ausnahmsweise wurde T. R. benutzt und erst in letzter Zeit haben wir uns dem Neutuberkulin, der sogenannten Bazillenemulsion, zugewandt und zwar in erster Linie zu dem Zwecke, um auch mit diesem Präparate Erfahrungen zu sammeln, nachdem von anderer Seite bereits günstige Resultate veröffentlicht worden sind, in zweiter Linie in der Hoffnung und in dem Wunsche, daß das neue Präparat dem alten sich noch überlegen erweisen möge. Im übrigen lag ein zwingender Grund für uns, zu einem anderen Präparate überzugehen, nicht vor, da wir mit den mit Alttuberkulin erzielten Erfolgen bei von vorherein nicht zu hoch geschraubten Anforderungen zufrieden sein konnten.

Die an sich sehr einfache Technik der Injektionen mag kurz erwähnt werden. Als Injektionsstelle ist ausschließlich der Supra- und Interskapularraum benutzt worden, indem zwischen links und rechts abgewechselt wurde.

Die Desinfektion wurde nur mit Alkohol oder Alkohol und Äther ausgeübt, dabei aber besonderer Wert auf kräftige



mechanische Reinigung gelegt. Dieselbe hat sich als vollkommen genügend erwiesen, denn es ist bei der sehr beträchtlichen Zahl von Injektionen niemals ein Abzeß oder eine Infektion beobachtet worden.

Nach der Injektion wird die Stichstelle mit einem kleinen Wattebäuschchen, das durch Leukoplast für 25 Stunden fixiert wird, bedeckt. Als Spritze dient eine einfache Pravazspritze mit Asbeststempel. Sehr zu empfehlen sind die Spritzen mit eingeschliffenem Glas- oder Metallstempel, sofern man sich mit der etwas umständlichen Handhabung vertraut macht (Luer, Rekordspritze). Sie sind deswegen vorzuziehen, weil sie immer funktionsfähig bleiben, während die Asbeststempel häufiger Erneuerung bedürfen.

Zweckmäßig ist es, eine in 20stel graduierte Spritze zu benutzen, da es, besonders bei Anwendung höherer Dosen, öfters notwendig wird, nur den 20sten Teil eines Kubikzentimeters zu injizieren.

Irgendwelche in Betracht kommende lokale, durch die Injektion bedingten Schädigungen sind nicht beobachtet worden. Solche treten eher bei den diagnostischen Injektionen, deren Prinzip in einer schnellen Steigerung der Dosen besteht, hervor, sind aber auch bei diesen niemals von einem nennenswerten Nachteil für den Patienten gefolgt. Bei den therapeutischen Injektionen treten gelegentlich leichte ziehende Schmerzen in der Umgebung der Injektionsstelle auf, sie können eventuell ausstrahlen bis in den Kopf und den Arm der betreffenden Seite.

Manchmal sind gleichzeitig die in der Nachbarschaft liegenden Lymphdrüsen, besonders die Halslymphdrüsen, etwas geschwollen. Ausnahmsweise tritt ein in der Umgebung der Stichstelle lokalisiertes Erythem auf. Diese im ganzen leichten Störungen pflegen nur im Beginne der Kur, gewöhnlich im Anschlusse an eine der ersten Injektionen, aufzutreten und sind, trotzdem sie auch von geringer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, von mäßigen Kopfschmerzen, allgemeiner Mattigkeit, Unlust, Appetitlosigkeit usw. begleitet sein können, nicht mit Sicherheit als der Ausdruck einer spezifischen Reaktion aufzufassen, sofern nicht gleichzeitig Temperatursteigerungen oder Drüsenschwellungen auftreten.

Ein äußerst schwieriger Punkt und wohl der wichtigste ist die Frage der Dosierung des Tuberkulins zu therapeutischen Zwecken. Die falsche und vor allen Dingen viel zu hohe Dosierung des Mittels war ja in der Hauptsache die Ursache, warum die Tuberkulintherapie in der ersten Periode so schnell als erfolglos und gefährlich wieder aufgegeben wurde.

Ein Versuch, die anzuwendenden Dosen in allgemein gültiger Weise festzulegen, ist falsch und kann nur dazu dienen, denjenigen, der sich mit der Tuberkulinanwendung vertraut machen will, möglichst bald wieder abzuschrecken, sondern bei der Dosierung des Tuberkulins zu therapeutischen Zwecken muß in hervorragendem Maße und mehr wie bei jedem anderen Mittel individualisiert werden. (Münchener medizinische Wochenschrift Nr. 48.) (Schluß folgt.)

III. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Sitzung vom 24. Oktober 1907.

Julius Bartel demonstriert anatomische Präparate des pathologisch-anatomischen Institutes in Erlangen, nach Kayserling hergestellte Gefrierschnitte der Brust- und Bauchorgane bei Tuberkulose.

Lothar v. Frankl-Hochwart stellt einen 16jährigen Patienten mit Blasenstörungen bei multipler Sklerose vor. Nervöse Störungen bis auf minimales Zittern der Bulbi bei extremen Blickrichtungen und leises Händezittern nicht nachweisbar. Auch der urologische Befund ist negativ, hingegen bestanden einen Monat vor der Untersuchung Harnretention durch einige Stunden mit folgendem Harnträufeln. Erst im weiteren Verlaufe traten Nystagmus, mäßige Reflexsteigerung, Patellar-Sehnenreflex links stärker als rechts, geringe Ataxie der linken Extremitäten, Hemihyperalgesie links dazu, so daß allem Anscheine nach eine multiple Sklerose vorzuliegen scheint.

Karl v. Stejskal stellt einen Fall von optischer Aphasie nach Meningitis vor. Es bestand bei der Aufnahme (II. med. Klinik) schwerste Benommenheit, Nackensteifigkeit, Pupillenreaktion rechts fast fehlend, links fehlend. Gespannte eingezogene Bauchdecken, Taches cerebrales, Kernig'sches Symptom, Bradykardie bis 64 bei etwas erhöhter Temperatur vervollständigen das Bild der Meningitis. Später wurde bil. Neuritis optica, rechts Hemianopsie, rechts Fazialisparese sowie leichte Deviation der Zunge nach rechts beim Vorstrecken konstatiert. Etwa drei Wochen später wurde beim Patienten nach langsam eingetretener Besserung seines Allgemeinzustandes das Bestehen einer ausgesprochenen sensorischen Aphasie konstatiert, die sich später im Laufe von Wochen besserte. Wiederholte Lumbalpunktionen ergaben konstant eine hämorrhagisch veränderte Flüssigkeit, reichliche Leukozyten, Gram-negative Stäbchen mit Kapsel, die nach Aussage des Prof. Ghon anscheinend der Kapselbazillengruppe angehörten und ihrer Form nach dem Friedländer-Bazillus entsprechen konnten. Unternommene Kultivierungsversuche mißlangen sämtlich, was im Gegensatze zur sonst leichten Kultivierbarkeit der Kapselbazillen auffällig ist.

Weiters zeigt v. Stejskal anatomische Präparate eines Falles von symmetrischer Lipomatose mit Neurofibromatose. (Der Fall wurde am 22. Februar 1906 vorgestellt)

Hans Pollitzer demonstriert aus der II. med. Klinik einen Fall von angeborener Hypoplasie des Aortensystems mit Hypertrophie und Dilatation des Herzens. Der Spitzenstoß im Liegen im fünften Interkostalraume fast zwei Querfinger außerhalb der Mammillarlinie, verbreitert und hebend. Die weitere Herzuntersuchung ergibt ein dilatiertes und hypertrophisches Herz. Der Auskultationsbefund beschränkt sich auf ein systolisches Geräusch, das über der Pulmonalis am deutlichsten ist, und einen akzentuierten zweiten Pulmonalton. Herzaktion rhythmisch, regelmäßig Puls 88—92, keine Pulsation der Halsvenen. Karotiden anscheinend enge, Puls sehr niedrig und schwach. Kein Subklaviapuls, ebenso fehlt keine Pulsation in jugulo, trotz Hochstandes des Zwerchfelles. Radialarterie sehr enge, Kruralispuls minimal, Pedieapuls nicht zu finden. Es scheint demnach eine Hypoplasie des Aortensystems, verbunden mit Hypertrophie und Dilatation des Herzens vorzuliegen. Der Patient ist auch sehr blaß. (6·5 Millionen Erythrozyten und 16·6% Hb.)

Ludwig Falta demonstriert aus der I. med. Klinik einen Fall von Cirrhose bronzé. Der Fall kam zur Aufnahme mit Erscheinungen einer alkoholischen Polyneuritis, Leber- und Milzschwellung, Aszites und mulattenartige Bronzierung der Haut des ganzen Körpers. Während die Erscheinungen der Polyneuritis größtenteils verschwanden, ist auch die Bronzierung der Haut etwas lichter geworden. Das Krankheitsbild der Cirrhose bronzé, Cirrhose hypertroph. pigmentaire oder Cirrhose avec mélanodermie ist dadurch charakterisiert, daß zu den Symptomen einer alkoholischen Leberzirrhose sich eine allgemeine Hämochromatose, besonders in den drüsigen Organen, den Lymphdrüsen, Haut, aber auch Lungen, Knochenmark usw. zugesellt. Das Krankheitsbild hat große Ähnlichkeit mit dem als Diabète bronzé, Kachexie bronzé dans le dibète sucré beschriebenen Symptomenkomplex. In den Fällen von Diabète bronzé wird die Leberzirrhose für das Zustandekommen der Hämochromatose verantwortlich gemacht. In der Haut findet sich das Pigment in feinsten Körnchen in den basalen Zellen des Stratum Malpighii und in gröberen Schollen in der Subcutis abgelagert.

Alfred v. Decastello demonstriert mikroskopische Präparate von einem Echinokokkus der Leber.



Max Schuller stellt einen Fall von Cholecystitis und Cholangitis typhosa vor.

Hans Eppinger: Über Herzinsuffizienz. Vortragender versucht der Tatsache, daß schlechte Ernährungsverhältnisse ungünstigen Einfluß haben auf die Leistungsfähigkeit des hypertrophischen Herzens, experimentell näher zu treten. Verwendet wurde die Versuchsanordnung von Romberg und Hasenfeld. Bei unterernährten Tieren steigt nach Abklemmen der Aorta der Blutdruck rasch in die Höhe und fällt ähnlich wie bei normalen Tieren ab, meist aber schneller. Bei jenen Tieren jedoch, die leichte Hypertrophie des linken Ventrikels nach künstlicher Aorteninsuffizienz darbieten, wird die Aortenabklemmung nach fünftätiger Hungerperiode nicht vertragen und auf Herzinsuffizienz zurückgeführt. Der bei Hungertieren abfallende Blutdruck, der bald nach Aortenabklemmung beobachtet werden kann, steigt wieder, wenn intravenös Dextrose, Lävulose oder Glykogen zugeführt werden. Rohrzucker und Milchzucker haben keinen Ausschlag gezeigt.

Karl v. Stejskal bemerkt, daß die Tatsache, daß ein hypertrophisches Herz eines Hungertieres durch Aortenkompression zum Stillstand und Herztod gebracht wird, beweise, daß es an Herzkraft schwere Einbuße erlitten hat, womit der große Einfluß der Ernährung für das hypertrophische Herz bewiesen worden ist. Darin sei er einer Meinung mit dem Vortragenden. Hingegen müsse er gegen die Anwendung der Methodik von Romberg Stellung nehmen, da wir im Blutdruck kein Maß der Herzarbeit oder Herzkraft haben, da der Erfolg der Aortenkompression vom einfachen bis zum $2^1/_2$fachen, bei verschiedenen Tieren und auch bei demselben Tiere in einem Versuche in geringerem Maße schwanken könne. Er glaubt den geringeren, blutdrucksteigernden Effekt der Aortenkompression beim Hungertiere auf den im Anfange bei Hungertieren bestehenden niedrigen Blutdruck zurückführen zu können. Weiters habe Eppinger nicht nachgewiesen, daß der Zucker verbrannt wird, und drittens müsse durch geeignete Versuchsanordnung festgestellt werden, ob der Zucker keine Reizwirkung auf die Gefäße ausübt.

Auch Ludwig Braun hält die vom Vortr. benützte Methode znr Lösung der Frage der Herzinsuffizienz für unzureichend, da bei derselben nur der Faktor „Blutdruck“ berücksichtigt wird und wir über die Herzarbeit auf diesem Wege nichts erfahren.

Maximilian Sternberg verweist auf die von Zuntz angegebene Methode zur Bestimmung des Schlagvolums des Herzens durch Analyse der Atemluft und der Blutgase. Das auf dieser Methode beruhende Verfahren hätte als exakte Methodik dienen können.

Felix Kauders ist der Meinung, daß sich über die verschiedene Spannung des Inhaltes des linken Herzens ein Bild zu verschaffen, nicht nur den Druck aus der Karotis, sondern gleichzeitig auch den linken Vorhofsdruck registrieren müsse. *i. m.*

IV. Aus der Praxis.

Rheumatol in der Praxis.

Es dürfte wohl kaum eine zweite Art von Erkrankungen geben, bei welchen die äußere Medikation eine so hervorragende Rolle spielt, wie bei den rheumatischen und neuralgischen Affektionen. Allerdings prävalieren bei akuten Formen die diversen Antirheumatika und Antineuralgika, wie Antipyrin, Aspirin, Phenac. Kephaldol usw.

Wenn aber die Krankheit, wie es eben fast gewöhnlich der Fall ist, sich in die Länge zieht und chronischen Charakter annimmt, begegnet die Verwendung obiger Medikamente großen Schwierigkeiten. Abgesehen von einer eventuellen auftretenden Indiosynkrasie, treten leichtere oder schwerere Intoxikationserscheinungen auf, die das Aussetzen des Präparates zur sofortigen Notwendigkeit machen. Hier setzen wir nun mit Einreibungen der verschiedensten Zusammensetzungen ein, deren Hauptbestandteile Chloroform, Spir. saponatus, Spiritus camphoratus usw. sind. Bei der Häufigkeit der rheumatischen und neuralgischen Prozesse und bei ihrem gewöhnlich protrahierten Verlaufe sind wir auf die verschiedensten Kombinationen angewiesen und begrüßen jede Neuerung auf diesem Gebiete, die uns Erfolg verspricht, mit großer Sympathie. Das in letzter Zeit auf den Markt gebrachte Rheumatol (Ol. juniper. compos.) verdient nach den bisherigen Erfahrungen die ganz entschiedene Würdigung der Ärzteschaft.

Die Versuche bei Rheumatismus, Lumbago, Ischias, Trigeminusneuralgie usw. waren ungemein befriedigend und war zirka 20 Minuten nach der Einreibung ein ganz bedeutender Nachlaß der Schmerzen zu konstatieren, der mehrere Stunden anhielt. Im Laufe der Behandlung vergrößerten sich zusehends die schmerzfreien Intervalle und konnte in vielen Fällen eine ganz bedeutende Abkürzung in der Dauer der Erkrankung konstatiert werden.

Wir empfehlen bei der Anwendung die Haut vor der ersten Einreibung mit heißem Wasser zu waschen und abzutrocknen, dann einzureiben und hierauf den betreffenden Körperteil mit Flanell oder Wollstoff zu bedecken, um die rasche Verdunstung des Präparates zu verhindern. Möglicherweise wird die weitere Anwendung den Indikationskreis des Präparates erweitern, aber derzeit wäre nochmals zu betonen, daß die Hauptdomäne desselben obige Erkrankung bilden. *er.*

Meine Erfahrungen mit dem Kaffeeersatz „Hydro“. Von Dr. Josef Quastler.

Unser Zeitalter steht unleugbar im Zeichen der Nervosität. Verschiedene Ursachen bedingen diese Erscheinung. In allererster Linie ist da zu nennen der überaus schwere Kampf ums Dasein. Jeder einzelne wird gezwungen, seine Kräfte bis auf äußerste anzuspannen, um in diesem Wettstreite zu bestehen. Und drohen die Kräfte nachzulassen oder gar zu erschlaffen, so nimmt man seine Zuflucht zu den mannigfachsten Mitteln, die eine erhöhte Arbeitsleistung herbeiführen können. Die Art und Weise der Ernährung wird geändert, an die Stelle der Nährmittel treten vielfach Reizmittel. Diese befähigen wohl für den Augenblick zu größerer Kraftentfaltung, müssen aber, um ihre Wirkung beizubehalten, stets gesteigert werden. So resultiert nun aus diesem Umstande eine Gewöhnung unseres Körpers an Gifte, welche mehr oder weniger das Zellprotoplasma angreifen, das Nervensystem ungünstig beeinflussen und derart eine Schwächung des Gesamtorganismus herbeiführen. Ein altes Sprichwort sagt treffend! „Der Mensch ist, was er ißt“, und auch der Satz der Römer, daß nur in einem gesunden Körper ein gesunder Geist wohnen könne, spricht einer rationellen Lebensweise das Wort.

Man hört sehr oft über den Wert eines Nahrungsmittels reden. Dieser läßt sich aber einzig und allein aus der chemischen Zusammenstellung beurteilen, welche angibt, wieviel Eiweißkörper, Fette, Kohlehydrate, Salze und Wasser diese Substanz enthält. Die Nahrungsmittel besitzen ja so ziemlich alle die Stoffe, aus denen unser Körper besteht, sie sollen zum direkten Ersatz der durch den Stoffwechsel verbrauchten Körpersubstanz dienen und durch den Verdauungsprozeß in Körperbestandteile umgewandelt werden. Der Wert eines Nahrungsmittels richtet sich demnach in allererster Linie nach dem Gehalte an solchen Bestandteilen, welche dieser Umwandlung fähig sind, wie z. B. Fett, Zucker. Genuß- oder Reizmittel werden hingegen nur des Wohlgeschmackes halber und zur Erzielung einer bestimmten Wirkung auf das Nervensystem dem Organismus zugeführt, haben also keinen oder nur einen sehr geringen Nährwert. Wir unterscheiden drei große Gruppen von Genußmitteln. Tee, Kaffee, zum Teile auch Kakao enthalten gewisse narkotisch wirkende Stoffe, die geistigen Getränke Alkohol, und die Gewürze endlich sind reine Genußmittel. Im nachfolgenden wollen wir nun einem solchen Genußmittel unsere Aufmerksamkeit widmen, das fast über die ganze Erde verbreitet ist, in ungeheuren Mengen konsumiert wird und in der Laienwelt als ganz unschädlich



gilt. Es ist das der Kaffee, die Quelle schwerer nervöser Störungen.

Die Kaffeebohnen sind die bekannten Samen von Coffea Arabica L., einem kleinen Baume aus der Familie der Rubiaceen. Am Anfange des 17. Jahrhunderts wurde der Kaffee durch die Vermittlung der Genuesen und Venetianer aus dem Orient nach Europa gebracht. Trotz anfänglicher schwerer Strafen wurde der Kaffeegenuß bald ein allgemeiner und erfuhr immerfort eine Steigerung. Wie heutzutage der Kampf gegen den Alkohol geführt wird, so suchte man schon in den Sechzigerjahren des vorigen Jahrhunderts in Norwegen durch Antikaffeevereine dem übermäßigen Kaffeegenusse zu steuern. Leider aber ohne Erfolg, so daß noch heute schwache Männer und Frauen sowie kleine Kinder den schädlichen Wirkungen der Kaffeebohnen ausgesetzt werden.

Der in dem Kaffee enthaltene, stark wirksame Stoff ist das Koffein, das sich in seinem physiologischen Verhalten an die narkotisch wirkenden Alkaloide anschließt. Der rohe Kaffee hat 0·6—0·2% Koffein. An heißes Wasser geben die gerösteten Kaffeebohnen durchschnittlich 25% lösliche Substanzen ab, darunter

Koffein	1·74%
Öl	5·18%
Kohlehydrate	14·52%
Aschenbestandteile	4·06%

Bei der Wirkung des genossenen Kaffees kommen in Betracht das Koffein, das Koffeon und zum Teile auch etwas Gerbsäure. Es zeigen sich Erscheinungen der Erregung der psychischen Funktionen und der Herztätigkeit. Dem Koffeon, einem sogenannten empyreumatischen Öle, wird die sehr häufige Schlaflosigkeit sowie die, die Darmperistaltik anregende Wirkung des schwarzen Kaffees zugeschrieben. Starker schwarzer Kaffee kann mehr oder weniger ausgesprochene Intoxikationserscheinungen hervorrufen. Der Koffeinismus hat zur Folge Nausea, Erbrechen, Schmerzen, Empfindlichkeit in Magen und Darm, Kollern im Leibe, oftmalige flüssige Dejektionen, großen Durst, großen Harndrang, Konstriktionsgefühl im Halse und Schlunde, allgemeinen Schwindel, Tremor, Präkordialangst, Luftmangel, Herzklopfen, Kongestionen nach dem Kopfe, Singultus und noch viele andere quälende Erscheinungen. Nach habituellem Gebrauche von starkem Kaffee werden Störungen der Verdauungstätigkeit mit Neigung zur Obstipation und nervöser Überreizung beobachtet. Experimentell wurde der Nachweis erbracht, daß nach Einverleibung von Dosen 0·2—0·7 Koffein unregelmäßiger Puls, Ohrensausen, Kopfschmerzen, Erregung der Phantasie, Visionen, rauschartiger Zustand und Zittern der Hände auftreten können. Mitscherlichs Tierversuche ergaben folgendes interessante Resultat:

Nach Einverleibung einer Dosis von
0·06 Koffein tritt der Tod ein beim Frosch in 6 Stunden
0·125 „ „ „ „ „ bei der Taube „ 3¼ „
0·4 „ „ „ „ „ beim Kaninchen „ 14½ „

Nach diesen Mitteilungen liegt es wohl klar zutage, daß starker Kaffee zu Vergiftungen Anlaß geben kann und in der Tat sind auch Fälle akuter Kaffeevergiftung von Curschmann und Fort in der Literatur beschrieben. Ebenso muß aber auch die Unzweckmäßigkeit des lange fortgesetzten Kaffeegenusses eingesehen werden, da der praktische Arzt gar oft in der Lage ist, die chronischen Kaffeeintoxikationen zu behandeln, welche sich als neurasthenischer Zustand mit Gemütsdepression und anhaltender Schlaflosigkeit darstellen.

Mehrere Fälle von Coffeinismus chronicus, die in meiner Praxis vorkamen, veranlaßten mich, der Frage nach einem geeigneten Ersatzmittel des Kaffees näherzutreten. Ich machte nämlich die Erfahrung, daß besonders Frauen sich nur so lange meinem Verbote des Kaffeegenusses fügten, als die schweren und lästigen Erscheinungen anhielten, dann aber wieder Kaffee tranken. Ich versuchte es anfangs mit den verschiedensten Surrogaten, konnte aber keine Erfolge erzielen, da angeblich das Aroma des Bohnenkaffees auch nicht annähernd zu verspüren war.

Da wurde ich auf das Erzeugnis der bekannten Firma Heinrich Franck Söhne aufmerksam gemacht, das unter dem Namen „Hydro" im Handel erhältlich ist.

Hydro ist ein braunes, grobkörniges Pulver von angenehmem Kaffeegeruche und hat einen starken Geschmack. Es besteht aus gerösteter Halmfrucht und verschiedenen Pflanzenwurzeln, die einen aromatisch bitteren Geschmack besitzen. Ein Vergleich der chemischen Konstitution des Bohnenkaffees und des Ersatzmittels Hydro gibt interessante Aufschlüsse.

Die zur Herstellung des Hydro verwendeten Produkte enthalten im Durchschnitte:

		Kaffee	
Eiweiß	11·5	Eiweiß	0·16
Kohlehydrate	70·0	Kohlehydrate	1·4
Fett	1·0	Fett	0·5

Aus dieser Tabelle geht hervor, daß Hydro ein eminent hochwertiges Nährmittel ist. Es ist frei von den Schädlichkeiten der Kaffeebohnen und vermag infolge seines Gehaltes an Bitterstoffen den Appetit zu heben, d. h. die Sekretion der Magendrüsen in günstigster Weise zu beeinflussen. Außerdem besitzt Hydro das für die Kaffeebohnen so charakteristische Aroma und, wenn es abgekocht ist, auch die Farbe des Kaffees.

Meine Erfahrungen über Hydro reichen bis zum September 1905 zurück.

Ich verordnete es nicht nur in den Fällen, wo ich den Koffeinismus therapeutisch zu bekämpfen hatte. Ich ließ Hydro mit bestem Erfolge bei Ulcus ventriculi, bei Enteritis, bei Angina pectoris und bei Arteriosklerose verabreichen. Bei Chlorose und bei nervösen Zuständen erzielte ich mit diesem Präparate die besten Resultate. Bei dyspeptischen Beschwerden, bei unterernährten Individuen war ebenfalls eine ausgezeichnete Wirkung zu beobachten, die sich in einer Besserung des Appetits und einer Hebung des Allgemeinbefindens äußerte. Ich möchte noch hervorheben, daß ich in den Familien, wo ich als Hausarzt fungiere, den Kindern unter zwölf Jahren den Kaffeegenuß gänzlich untersagte und daß rasch in solchen Fällen eine Gewöhnung an Hydro eintrat.

Fassen wir alle meine Erfahrungen über Hydro zusammen, so kann ich mit bestem Gewissen behaupten, daß dieses Präparat ein vorzüglicher Kaffee-Ersatz ist. Geschmack und leichte Verdaulichkeit lassen nichts zu wünschen übrig, der höhere Nährwert ist ein nicht zu unterschätzender Faktor und auch die volle Unschädlichkeit gegenüber der Kaffeebohne muß hervorgehoben werden. Endlich will ich noch erwähnen, daß ich selbst bei sehr lange fortgesetztem Gebrauche von Hydro nie eine nachteilige Wirkung auf die Verdauungsorgane wahrnehmen konnte, während ich dies bei anderen versuchten Ersatzstoffen nicht zu beobachten in der Lage war.

Ich empfehle nun Hydro der Aufmerksamkeit der Herren Kollegen und bin überzeugt, daß sie bei etwaigen Versuchen meine Erfahrungen werden bestätigt finden.

Einen praktischen Wink erlaube ich mir zum Schlusse noch anzuführen. Hydro muß genau nach der vom Fabrikanten gegebenen Anleitung gekocht werden. Zu große Dosis würde zu stark schmecken.

V. Notizen.

Personalien. Wien. Die Privatdozenten Dr. Otto Grosser und Dr. Oskar Stoerk wurden zu außerordentlichen Professoren an der Universität in Wien und zwar der erstgenannte für Anatomie, der zweite für pathologische Anatomie ernannt: den Privatdozenten an der Universität Wien Dr. Benjamin Gomperz, Primararzt Dr. Julius Schnitzler, Dr. Arthur Klein, Dr. Wolfgang Pauli, Dr. Ludwig Mandl und Dr. Alexander Pilcz wurde der Titel eines außerordentlichen Professors verliehen.

Wien. Dem Primararzte des Wiener allgemeinen Krankenhauses Prof. Dr. Eduard Lang und dem Direktor der Landesgebär- und Findelanstalt in Prag, Obersanitätsrat Dr. Johann Dwořák ist der Titel eines Hofrates verliehen worden.

Jena. Dr. G. Hesse habilitierte sich für Zahnheilkunde.

München. Dr. G. Baisch habilitierte sich für Gynäkologie.



Paris. Am 8. d. M. gründete sich hier eine Association internationale d'Urologie. Delegierte fast aller Nationen nahmen an der Gründersitzung teil. Die Gesellschaft, deren Mitgliederzahl beschränkt sein soll, wird alle drei Jahre zur eingehenden Diskussion bestimmter Referate zusammentreffen; der erste Kongreß findet Oktober 1908 in Paris statt. Im Vorsitze der Gesellschaft teilen sich Guyon, Israel, Harrison, Desnos und Pasteau; Vorsitzende des I. Kongresses sind Albarran, Posner und Watson.

Der Einfluß des Sonnenlichtes auf Bakterien. In der Chemiker-Zeitung (Verlag von Otto v. Halem in Cöthen) schreibt Giovanni Orsi: Das Sonnenlicht übt auf die Bakterien eine schädigende Wirkung aus, auch wenn diese in Form einer Kultur seiner Wirkung ausgesetzt werden; dennoch reicht sie nicht immer zu ihrer völligen Vernichtung aus. Bei einer Expositionszeit von durchschnittlich sechs bis acht Stunden bleiben in den besonnten Kulturen nur wenige Typhusbazillen am Leben und vermehrungsfähig: die Choleravibrionen bleiben in größerer Anzahl erhalten. Das Sonnenlicht verändert die morphologischen Eigenschaften des Typhusbazillus in der Weise, daß die einzelnen Elemente der von besonntem Bakterienmaterial herrührenden Kulturen konstant und deutlich länger als die der ursprünglichen Kulturen sind; und daß die fadenförmigen Formen zahlreicher werden. Die Beweglichkeit der Bakterien ist immer merklich gesteigert. Die Virulenz der Typhus- und Cholerakeime wird durch das Sonnenlicht nicht verändert, so lange diese noch am Leben sind; die Abnahme der Virulenz, die man in den direkt besonnten Kulturen beobachtet, ist auf die beträchtliche numerische Abnahme der in ihnen enthaltenen Bakterien zurückzuführen. Die Bouillonkulturen des Typhusbazillus, die von besonntem Material abstammen, sind sogar viel virulenter als die von der ursprünglichen Probe herrührenden; die folgenden Überimpfungen behalten ihre neuen Eigenschaften. Die infolge der Besonnung eingetretene Steigerung der Virulenz ist verschieden und steht in direkter Beziehung zur Virulenz des exponierten Keimes. Wahrscheinlich muß man die Erscheinung auf das Überleben der virulenteren Form einer Kultur zurückführen, und man muß annehmen, daß die schädigende Wirkung des Sonnenlichtes im umgekehrten Verhältnisse zu der ursprünglichen Virulenz des Keimes steht.

Vom traurigen Lachen. In der „Revue Scientifique" untersucht Dr. Bridou, inwieweit das Lachen wirklich, wie man gewöhnlich annimmt, ein Zeichen von Freude und Heiterkeit ist, und welchen Anteil traurige Ursachen am Lachen haben. Das erstere trifft zu, wo das Gelächter aus natürlichen Anlässen hervorgeht und sich auf natürliche Weise äußert, das letztere bei den mannigfachen Formen des krankhaften Lachens, die der Nervosität, der Erregung oder gar geistigen Defekten entspringen. Bridou stellt ein Schema für das normale Lachen auf. Erster Grad: Zwischenstufe zwischen Lächeln und Lachen, die ohne laute Äußerung vor sich geht. Zweiter Grad: einfaches Lachen. Dritter Grad: Heiterkeitsausbruch. Hier steigert sich dann leicht aus dem einmal gegebenen Anstoß heraus das Lachen zu einem wahren Anfall, dessen Beendigung nicht mehr vom Willen des Lachenden abhängt. Gesunde sind dem ebensowohl unterworfen wie Kranke, aber während bei Normalen sich der Anfall von selbst abschwächt, treten bei Nervösen mitunter im Anschluß daran schwere Komplikationen auf. Bei Gesunden werden solche Lachanfälle wohl auch nur ausnahmsweise und auf Grund einer bestimmten Ursache vorkommen. Bei Krankhaften aber zeigen sie sich oft in rascher Wiederholung und ganz plötzlich. Sie kommen mitunter so unmotiviert, wie ein Nießanfall, dauern Stunden, ja Tage, vereinzelt Wochen. Raymond hat auf der Salpetrière eine etwa 20jährige Patientin gesehen, die nach einer Operation von einem Lachkrampf befallen wurde, als sie aus der Narkose zu sich kam. Sie lachte ununterbrochen, wenn sie nicht vor Erschöpfung schlief. Vier Monate litt die Arme so weiter, bis es gelang, sie durch Hypnose zu heilen. Eine andere Kranke hatte eine bestimmte Stelle am Schädel, die derart mit dem Lachzentrum zusammenhing, daß es genügte, sie dort zu berühren, um die heftigsten Lachanfälle auszulösen. Eine junge französische Ärztin, Fräulein Dr. Dechamp, hat in ihrer Doktordissertation noch einige ähnliche Fälle, die auf Vererbung beruhen, veröffentlicht. Aber auch durch Ansteckung kann die Nervenerkrankung ganze Familien ergreifen. Die genannte Ärztin führt den interessanten Fall eines Vaters an, der einmal plötzlich bei Tisch eine nervöse Lachkrise bekam, die sich von da ab regelmäßig zweimal täglich wiederholte. Das merkwürdigste aber war, daß nach zwei Jahren eine Tochter von demselben Leiden ergriffen wurde, nach und nach erstreckte sich dann das Übel auf die



ganze Familie. Nicht selten sind konvulsivische Lachkrämpfe der Ausdruck furchtbarster Erschütterung, sie wirken auf den Zeugen solcher Szenen bei tragischen Anlässen viel ergreifender, als irgend ein anderer Schmerzensausbruch, eine Tatsache, die unsere Schauspieler recht wohl kennen und zu verwerten wissen.

Die Karzinomliteratur, herausgegeben von Dr. Anton Sticker in Berlin hat soeben ihren vierten Band abgeschlossen. Sie gibt ein übersichtliches Bild über den Umfang, welchen die Krebsforschung in den letzten fünf Jahren genommen. Gemäß den Literaturverzeichnissen erschienen seit 1902 3395 besondere Arbeiten auf dem Gebiete der bösartigen Geschwülste; von diesen waren 1960 in deutscher, 607 in englischer, 549 in französischer, 113 in italienischer, 70 in russischer (einschließlich polnischer), 37 in nordischer (dänischer, norwegischer und schwedischer), 22 in spanischer, 16 in holländischer, 9 in magyarischer, 7 in portugiesischer, 3 in japanischer, 2 in griechischer Sprache abgefaßt. Die gewissenhafte, inhaltreiche Besprechung der wichtigen Arbeiten, sowie ausführliche Autoren- und Sachregister machen die vier Jahrgänge zu einem für jeden Arzt nutzbringenden, für jeden Forscher auf diesem besonderen Gebiete der Medizin unentbehrlichen Nachschlagewerk.

VI. Offene Stellen.

Sekundararztensstellen. Am Rathschen allgemeinen öffentlichen Krankenhause in Baden bei Wien sind mit 15. Dezember 1907 zwei Sekundararztensstellen zu besetzen. Mit jeder dieser Stellen ist ein Monatsgehalt von 120 K, freie Wohnung nebst Beheizung und Beleuchtung und das Recht zum Bezuge der Naturalkost gegen Ersatz der festgesetzten Regiepreise, endlich nach dreimonatlicher zufriedenstellender Dienstleistung die Vorrückung in den Bezug eines Monatsgehaltes von 140 K verbunden. Die Ausübung der Privatpraxis ist untersagt. Gesuche mit Nachweis der bisherigen Verwendung wollen seitens deutscher Bewerber bis längstens 30. November 1907 an den Stadtvorstand in Baden gerichtet werden. Persönliche Vorstellung nicht notwendig, aber zulässig in der Zeit bis 30. November 1907 beim Referenten für Krankenhausangelegenheiten des Gemeindeausschusses der landesfürstlichen Stadt Baden, Herrn G. R. Josef Kollmann, Baden, Pfarrgasse 3.

Kundmachung. Im a. ö. Krankenhause Marburg a. d. Drau gelangt die Stelle eines Sekundararztes zur Wiederbesetzung. Mit dieser Stelle ist verbunden eine Jahresremuneration von 900 K sowie eine besondere Zulage von 300 K, freie Wohnung, welche bezogen werden muß, freie Beheizung und Beleuchtung, sowie Verpflegung nach der ersten Verpflegsklasse. Weiters gebühren dem Arzte Quinquennalzulagen von je 200 K jährlich. Bewerber um diese Stelle müssen sich mit dem Doktordiplome ausweisen können. Die mit 1 K-Stempel versehenen und gehörig belegten Gesuche sind bis längstens 20. November 1907 beim steierm. Landesausschusse in Graz zu überreichen. Dienstantritt sogleich erwünscht.

Graz, am 2. November 1907.

Vom steierm. Landesausschusse.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/., Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. **XXX. Jahrgang.** **LEIPZIG.**

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 47. Wien, 23. November 1907. **Nr. 47.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Bedeutung der physikalischen Heilmittel für die Behandlung des Diabetes mellitus.

Von Dr. **S. Munter**, Berlin.

(Fortsetzung.)

Auch die übrigen wärmestauenden Maßnahmen können individualiter herangezogen werden. Sollen aber mehr N-freie Substanzen zum Zerfall gebracht werden, so werden wir, zumal die Kälte Gefäße und Herz tonisiert, die gerade bei Diabetikern sehr oft erschlafft gefunden werden, die Kälte behufs Erhöhung der Wärmeproduktion und den damit bedingten Zerfall und Konsum vorziehen. Die Kälte auch zum Zerfall N-haltiger Substanzen, was bekanntlich durch direkte Herabsetzung der Eigenwärme bewirkt wird, zu benutzen, werden wir, da diese Maßnahmen ziemlich gewaltsame Eingriffe sind, bei Diabetikern wie auch sonst zu vermeiden suchen. Verbinden wir mit den kühleren Prozeduren noch Muskelbewegungen, auf die wir bald zu sprechen kommen, so wird man tatsächlich bei kräftigen, überernährten, herzgesunden und nicht zu schweren Diabetikern in der Kälteeinwirkung, oder besser durch Wärmeentziehung mit nachfolgender Bewegung eine tonisierende Unterstützung der diätetischen Behandlung haben, und zwar verbunden mit einer nicht zu unterschätzenden Kräftigung des Herzens. Das allgemeine Vorurteil, welches man gegen Kaltwasserbehandlung des Diabetikers hat, basiert darauf, daß man derartige hydriatische Maßnahmen oft verallgemeinert empfohlen findet, ohne daß dabei die Indikationen der für solche Behandlungsart geeigneten Fälle genauer präzisiert werden. Man wird natürlich einen schweren Fall von Diabetes mit Arteriosklerose, Herzschwäche, allgemeinem Schwächezustand des ganzen Organismus und sonstigen Komplikationen, einen Fall, der eine Schonung aller funktionellen Leistungen bedingt; man wird aber einen kräftigen, wohl- oder überernährten, an Gefäßen und Herz nicht lädierten Diabetiker in nicht zu hohem Alter, mit nicht zu starker Glykosurie, mit der Indikation der Übung und des dadurch bedingten höheren Konsums ruhig kälteren Prozeduren unterwerfen können, wie sie Winternitz, Strasser, Buxbaum oder sonstige Schüler von Winternitz empfohlen haben. Dagegen werden wir Diabetiker mit gichtischer Komplikation, mit Nierenaffektionen, mit Neuralgien, mit chronischen Infektionskrankheiten und deren Ablagerungen die wärmezuführenden Prozeduren der Kältebehandlung vorziehen. Ferner müssen wir daran denken, daß die Wärme Herz und Gefäße erschlafft; es müssen daher kühlere Maßnahmen stets folgen, um hiedurch die erschlaffende Wärmewirkung auszugleichen; ja gerade beim Diabetiker ist wegen des atonischen Gesamtzustandes besonders darauf zu achten.

Wir werden aber bei allen Maßnahmen, die den Konsum erhöhen, wie wir es bei dem Konsume durch Muskelbewegung noch genauer betrachten werden, daran denken, daß die Verbrennung des Zuckers auch durch die erwähnten Maßnahmen beim Diabetiker nicht gleichen Schritt hält wie bei einem Gesunden und der angeregte Konsum nur zum Teile durch Kohlehydrate, zum anderen Teile durch Eiweiß und besonders Fett gedeckt wird; wir werden infolgedessen für eine erhöhte Zufuhr von Kalorien durch Fett, Eiweiß, Alkohol zu sorgen haben: unter genauer Kontrolle der quantitativen Zu- und Ausfuhr des Zuckers, des Körpergewichtes und des Allgemeinzustandes. Ja, man könnte schon an und für sich die Frage aufwerfen, was für einen Nutzen die größere Verbrennung des Zuckers mit sich bringt, wenn die Nahrungszufuhr doch erhöht werden muß. Nun erstens ist die Ernährung unter einer größeren Kohlehydratzufuhr für den Diabetiker leichter, ferner wird wohl den Nutzen der Entzuckerung des Blutes keiner leugnen; schließlich ist es doch für den Körper vorteilhafter, den Zucker zu verarbeiten, als ihn durch die Nieren, diese schädigend, unnütz ausscheiden zu lassen. Ist die Ansicht Pflügers richtig, daß die Nahrungsmittel nur dann im Körper verbrennen, wenn sie vorher Bestandteil der Zelle geworden sind, so werden wir uns schon hienach bemühen müssen, die Zuckerverbrennung durch Erhöhung der Assimilation zu vergrößern, selbst wenn die dadurch erzeugten Spannkräfte durch die erhöhte Funktion zugleich verbraucht werden. Ferner ist die Frage noch nicht entschieden, inwieweit Kohlehydrate behufs Assimilation anderer Nahrungsmittel notwendig sind, denn wir sehen durch eine langdauernde Kohlehydratentziehung den Organismus schwer leiden. Aus diesen Gründen werden wir uns bemühen, jedes Hilfsmittel, durch welches eine größere Verbrennung von Kohlehydraten ermöglicht wird, heranzuziehen. Allein wir werden die Hydrotherapie beim Diabetes nicht bloß der größeren



Zuckerverbrennung wegen verwerten, sondern auch ihres bekannten sehr günstigen Einflusses wegen auf alle vitalen Funktionen, auf Herz, Verdauung, Ausscheidung, ihrer günstigen Rückwirkung auf Appetit, Steigerung der Se- und Exkrete, Besserung des Allgemeinbefindens, des Schlafes und sonstiger funktioneller Leistungen, und ganz besonders ihrer günstigen Einwirkung auf das Nervensystem, welches ja beim Diabetiker meist stark in Mitleidenschaft gezogen ist. Doch auch die Zahl der Diabetiker, bei welchen durch erhöhte Funktion und Leistung ein erhöhter Konsum bewirkt werden soll, ist keinesfalls sehr groß; bei den meisten Diabetikern ist der Konsum, der Zerfall zu schonen, der Ansatz, die Assimilation zu erhöhen; selbst der fettsüchtige Diabetiker soll nicht leichter werden, sondern er soll sein Fett auf Kosten eines erhöhten Muskelansatzes verbrennen, jeder Diabetiker soll spezifisch schwerer werden. Die quantitative Bestimmung der Zuckerzufuhr und -Ausscheidung, die Gewichtszu- und abnahme sind die indizierenden Wegweiser.

Und so sind auch jene Methoden vorzuziehen, bei welchen durch die Kälte, beziehungsweise Wärme die Eigentemperatur nicht beeinflußt wird. Geringe Wärmezufuhr und milde Wärmeentziehung, Wärme und Kälte als Nervenreize sind am Platze. Besonders bei mageren Diabetikern sind schonendere Behandlungsarten vorzuziehen; wie erwähnt, bedingen sie nicht einen größeren Konsum, einen größeren Zerfall; durch die erhöhte Oxydation und Spaltung wird nicht kinetische Energie gebildet, sondern sie bewirken vielmehr die Anhäufung einer potentiellen Energie in der Zelle, d. h. Zellenansatz unter Vergrößerung der vitalen Leistungsfähigkeit der Zelle. Und aus diesem Grunde sind diese Maßnahmen, die nach individueller Indikation, nach Dauer, In- und Extensität modifiziert werden können, jedem Diabetiker ohne Schaden anzupassen möglich, das einemal einen torpiden Stoffwechsel anzuregen, das anderemal einen erethischen zurückzuhalten.

Die Elektrizität kann beim Diabetes in doppelter Beziehung verwendet werden. Erstens kann man sie besonders bei Komplikationen des Nervensystems beim Diabetiker, bei Neuralgien, bei Neuritiden usw. nach den bekannten Empfehlungen für jene Krankheitsformen heranziehen. Den auf- und absteigenden galvanischen Strom, mit der Anode auf den Schmerzpunkten, auch den faradischen und gemischten Strom wendet man an. Ferner können wir mit Hilfe der verschiedenen Elektrizitätsarten und Anwendungsformen die Muskeln zur Kontraktion bringen, und so eine Art passive Gymnastik mit ihrer wohltuenden Rückwirkung auf den Allgemeinzustand ausüben, die in manch schweren Fällen, bei welchen die Indikation „Schonung“ vorwaltet, ein erwünschtes Hilfsmittel bildet. Hier ist die allgemeine Körperelektrisation mit der faradischen Massierrolle am meisten zu empfehlen. Die hiedurch bewirkten Muskelkontraktionen tun dem Patienten wohl, erfrischen ihn, wenn sie auch keine so große Rückwirkung auf die Zuckerverbrennung selbst haben. Wo die aktive Muskelbewegung kontraindiziert ist, kann sie oft einen dankbaren Ersatz bieten. In ähnlicher Weise wirkt das faradische Wasserbad; es wird von den Kranken gern genommen, wirkt erfrischend, beruhigend, schlafmachend, beseitigt oft den quälenden Pruritus und trägt auch in bescheidenen Grenzen zur Zuckerverbrennung bei. Auch bei Neuralgien ist es zu empfehlen. Die in neuerer Zeit empfohlenen Zellenbäder für die einzelnen Extremitäten, die nur als bequeme, lokale Elektroden aufzufassen sind, bilden einen Ersatz für das elektrische Ganzwasserbad nicht.

Auch der zu wählenden Stromesart, ob Faradisation oder sinuidaler Wechsel- oder Drehstrom kann nach bisherigen Erfahrungen nichts spezifisches nachgesagt werden. Meinen Erfahrungen nach wirkt nur die durch die Elektrizität angeregte Muskelzuckung, die allerdings vom Patienten sehr wohltuend und erfrischend gefunden wird. Da in dem faradischen Ganzwasserbade die Extensität der elektrischen Applikation größer als bei lokaler Anwendung ist, da ferner die Gefäße kontrahiert, der Blutdruck gesteigert wird, so wird es bei Arteriosklerose bei hohem Blutdrucke kontraindiziert sein. Auch die atonischen Zustände des Herzmuskels beim Diabetiker beeinflußt die Faradisation, sei es im Bade oder lokal, günstig. Doch wähle man den Strom nicht zu stark, lasse ihn vielmehr langsam anschwellen. Die Empfindung für die Elektrizität nimmt während des Bades ab, man richte sich deshalb nicht nach dem Gefühle des Patienten, da sonst das Bad sehr leicht zu stark wird. Bei vorgeschrittener Gefäßsklerose, bei hohem Blutdrucke vermeide man das faradische Ganzwasserbad; partielle, lokale Faradisationen mit der Massierrolle sind vorzuziehen.

Schon Bouchardat und Trosseau haben den sehr günstigen Einfluß der Muskelbewegung auf die Zuckerassimilation erwähnt. Genauere Untersuchungen hat Külz angestellt, die zum Resultate führten, daß in der angestrengten Körperbewegung ein mächtiges Mittel gegeben ist, die Zuckerausscheidung herabzusetzen. Külz führte ferner den Beweis, daß auch bei der Verordnung der Muskelbewegung individualisiert werden muß; bei manchen Kranken war ein Einfluß nicht zu erzielen, bei anderen vermehrte die Bewegung sogar die Glykosurie. Diese Befunde bestätigte Zimmer. Sehr rationelle Untersuchungen über diesen Gegenstand verdanken wir v. Mehring. Er konnte feststellen, daß nur durch starke, d. h. sehr anstrengende Muskelbewegung die Zuckerausscheidung beeinflußt werden konnte. Die Art der Bewegung war gleichgültig, wenn sie nur anstrengend war. Ferner ist es wesentlich, daß die anstrengende Muskelbewegung unmittelbar nach Zufuhr von Kohlehydraten und zwar in anstrengender Weise ausgeführt wurde. Ferner erbrachte v. Mehring noch den wichtigen Beweis, daß die durch Muskelarbeit bedingte größere Zuckerverbrennung nicht von einem Mehrzerfalle des Eiweißes begleitet ist, da die Ausscheidung nicht vergrößert war. Da aber in den Versuchen von v. Mehring die verbrannte Zuckermenge für die durch Muskelarbeit verbrauchten Kalorien nicht genügte, und da v. Mehring einen Mehrzerfall von Eiweiß nicht nachweisen konnte, so kann nur angenommen werden, daß eine größere Fettverbrennung statthatte. Sowohl Zimmer wie v. Mehring betonen den Vorteil, wenn der Zucker durch Arbeit verbrannt wird, gegenüber seiner Ausscheidung durch die Nieren. Durch die Arbeit wird Wärme erzeugt, durch die Übung kräftigt sich der Muskel, der Stoffwechsel wird angeregt, das Allgemeinbefinden bessert sich, die Hyperglykämie wird geringer, hiedurch wird die Gefahr der Komplikationen, Neuralgien, Hautjucken usw. kleiner, ferner nimmt die Glykosurie mit ihren Beschwerden (Polyurie) ab. v. Mehring hat auch ferner den wichtigen Nachweis angeführt, daß durch systematische Muskelarbeit die zuckerzerstörende Funktion des Körpers nachhaltig günstig erhöht wird; d. h. daß durch die erhöhte Assimilationsfähigkeit eine erhöhte Toleranz gegen Amylazeen eintritt, wie dieses bekanntlich nach Ansicht vieler Autoren durch längere Entziehung aller kohlehydrathaltigen Nahrungsmittel erreicht wird. Besonders betont v. Mehring, daß die Muskulatur kräftiger und leistungsfähiger wird.

(Schluß folgt.)

32. Hauptversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

(Fortsetzung statt Schluß.)

Die dritte und letzte Hauptversammlung brachte eine interessante Auseinandersetzung über den modernen Krankenhausbau vom hygienischen und wirtschaftlichen Standpunkte aus.

Hauptreferent Professor Dr. Lenhartz, Hamburg. Der Vortragende führte aus, daß von 1877 bis 1904 die Zahl der allgemeinen Krankenhäuser im Deutschen Reiche von 1822 auf 3603, die der Krankenbetten von 72.219 auf 205.117 gestiegen sei. Dieser mächtige Umschwung lehre nicht nur die Arbeit, sondern auch die Aufgaben der Staats- und städtischen Behörden kennen und beleuchte die Bedeutung der zweckmäßigsten Anlage neuer Anstalten. Außer den Erfahrungen, die an den verschiedenen Orten gesammelt seien, sei das Studium der Pläne und die persönliche Erfahrung von Wert. Ein Rückblick auf die letzten 30 Jahre zeigt, daß auf allen Gebieten des modernen Lebens eine bald ruhigere, bald lebhaftere Bewegung erkennbar ist. Die Erfahrungen des amerikanischen Bürgerkrieges und von 1870/71 hatten zur Verwerfung des Korridorbaues und zur Errichtung der reinen Pavillonanstalten geführt. Fast zwei Jahrzehnte beherrschte dieses System, dessen einfachen Anfang in Moabit und großartige Fortführung in Eppendorf geboten ist, den Bau aller modernen Krankenhäuser. Sie sind durch die zerstreute Anlage von Einzelpavillons charakterisiert, deren meist einfacher Grundriß einen großen Krankensaal für 30—40 Betten und einige Einzelzimmer für das Pflegepersonal und Absonderungszwecke neben den nötigsten Nebenräumen erkennen läßt.

Zu Ende des vorigen Jahrhunderts begann man mit einem neuen Pavillontyp, bei dem aus ärztlichen, technischen und sozialen Gründen der eine große Saal aufgegeben und zwei kleinere zu je 16—20 Betten, sowie zahlreiche Absonderungsräume angelegt werden. Auch wies man schon auf die Notwendigkeit von Korridorhäusern für manche Krankengruppen hin. Die so eingeleitete Bewegung hat immer neue Änderungen entstehen lassen, wie die letzten, zum Teil großartigen Anlagen in Berlin, Köln und Düsseldorf erkennen lassen. Während im Rudolf Virchow-Krankenhaus aber größtenteils noch der Pavillontyp mit den zwei Krankensälen vorherrscht, und mehr nebenher die Korridoranlagen für die gynäkologischen, Haut- und Geschlechtskranken erkennbar sind, zeigen die letzten beträchtlichere Abweichungen, die in Düsseldorf schon so weit vorgeschritten sind, daß der Pavilloncharakter nur dem Namen nach erhalten ist. Es handelt sich um mehrstöckige Korridorbauten kleineren Umfanges, die über das Anstaltsgebäude zerstreut sind. Beim Virchowhause ist — ebenso in Cöln — die Länge der Pavillons fast aufs doppelte gewachsen. Demgegenüber hat man in München und Wien begonnen, in die Höhe zu gehen; dort baut man drei- — hier sechsgeschossige Korridorhäuser.

Nachdem der Redner in einer kritischen Besprechung die Licht- und Schattenseiten der verschiedenen Systeme eingehend erörtert hatte, empfahl er für alle großen Anlagen den Bau zweistöckiger Pavillons im wesentlichen nach dem Typ der zweiten Periode mit gleichzeitiger Anlage einer Anzahl von Korridorhäusern, in denen aber mancherlei Fehler, die selbst neue Anlagen darboten, möglichst zu vermeiden seien, während für kleinere Anstalten (unter 500 Betten) ein oder zwei Korridorhäuser nach dem Offenbacher Typus vorzuziehen seien, neben denen einige kleinere Pavillons für die Absonderung der Infektionskrankheiten vorhanden sein müssen. Die Kosten, die besonders beim Virchowhause so enorm in die Höhe gegangen seien (9500 Mark pro Bett in einer Anstalt von 2000 Betten, während Eppendorf bei 2150 Betten kaum 5000 Mark pro Bett beansprucht habe) können weit niedriger sein, ohne daß die ärztlich-hygienischen Forderungen irgendwie zu leiden brauchten. Über 1500 bis 1600 Betten sollte keine Anstalt hinausgehen, da die Zufuhr warmer Speisen und die allgemeine Bewirtschaftung wegen der Leutenot auf größte Schwierigkeiten stoße. An 30 Projektionsbildern erläuterte der Vortragende seine Ausführungen und schloß mit einem interessanten Doppelbild, das die Entstehung des neuen St. Georger Krankenhauses in Hamburg an der Stätte des alten Hauses illustriert. Wenn man hört, daß diese nahezu 1600 Krankenbetten umfassende Anstalt, in der lediglich ein paar auf das vorteilhafteste umgebaute Blöcke an die früheren Verhältnisse erinnern, während die Einrichtung in diesen und allen anderen Anlagen mit dem gesamten Inventar neu geschaffen ist, kaum $5^1/_2$ Mill. erfordert hat, so darf man Hamburg zu solchen Errungenschaften nur beglückwünschen. (Lebhafter Beifall.)

Der Redner unterbreitete dann der Versammlung folgende Leitsätze:

1. Das rasche und mächtige Anwachsen der Bevölkerung, insbesondere der Volksschichten, die in erster Linie auf die Hilfe der öffentlichen Krankenhäuser angewiesen sind, hat das Bedürfnis zur Anlage neuer Anstalten in ungeahnter Weise gesteigert.

2. Angesichts dieser Sachlage verdienen die Grundsätze, die für den Bau neuer Krankenhäuser maßgebend sein müssen, die ernste Aufmerksamkeit der Staats- und städtischen Verwaltungen, der Kreise und kleineren Gemeinden.

3. Die Erfahrungen, die in den letzten 30 Jahren auf dem Gebiete des Krankenhausbaues gewonnen sind, lehren, daß nur durch einmütiges Zusammenwirken von Ärzten und Architekten mustergültige Anstalten geschaffen werden.

4. Andererseits beweist die neueste und großartigste Schöpfung auf diesem Gebiete, daß die architektonischen Rücksichten nicht den Bau beherrschen dürfen, sondern die hygienischen Forderungen als ausschlaggebend voranzustellen sind.

5. Die Rücksichten auf das Wohl der Kranken und den ärztlich-technischen Betrieb der Anstalt müssen nicht nur die Generalanlage der Anstalt, sondern auch die Ausgestaltung aller einzelnen Krankengebäude bestimmen.

6. Bei Beachtung dieser grundsätzlichen Forderungen werden die Anlagekosten nicht auf eine solche Höhe anwachsen, wie dies bei der Voranstellung architektonischer Wirkungen zu geschehen pflegt, andererseits nicht unter das Maß herabsinken, das vom ärztlich-technischen Standpunkte aus gefordert werden muß. Wirtschaftliche und sozialpolitische Erwägungen verdienen neben den hygienischen und technischen volle Würdigung.

7. Die Größe der Anstalt wird in erster Linie von den örtlichen Forderungen bestimmt. Aus den verschiedensten Gründen ist es ratsam, 1500 Krankenbetten als höchst zulässige Zahl festzulegen.

8. Je nach der Größe und der Aufgabe der Anstalt, den örtlichen Bestimmungen und den klimatischen Verhältnissen ist die Anlage im Pavillon-, Korridor- oder gemischten Stil zu empfehlen. Bei allem ist für die Schaffung großer, schöner, für die Patienten leicht erreichbarer Gartenanlagen Sorge zu tragen.

9. Jedes System hat seine Licht- und Schattenseiten. Je zerstreuter die Anlagen der einzelnen Krankenhausbauten, um so günstiger die allgemeinen hygienischen Verhältnisse für die Kranken, insbesondere bezüglich der Vorbeugung von Hausinfektionen, um so schwieriger und kostspieliger aber auch die ärztliche und wirtschaftliche Versorgung. Durch die Anlage zweistöckiger Pavillonbauten wird ein gewisser Ausgleich geboten. (Schluß folgt.)

Zur Regelung der Ruhe- und Versorgungsgenüsse der Gemeindeärzte in Niederösterreich.

Der niederösterreichische Landtag hat bereits im Jahre 1902 durch Bewilligung von Krediten bis zu K 10.000 Mittel zur Versorgung von Witwen nach Gemeindeärzten flüssig gemacht. In weiterer Folge wurde der Landesausschuß vom Landtage ermächtigt, dienstunfähig gewordenen und bedürftigen Gemeindeärzten, welche das 60. Lebensjahr erreicht haben, nach genauer Prüfung der Verhältnisse Ruhegenüsse bis zur Höhe von K 1200 pro Jahr zuzuerkennen und wurde für diesen Zweck ein jährlicher Betrag von K 10.000 aus dem Landesfonds bewilligt. Zu gleicher Zeit erging aber auch der Auftrag an den Landesausschuß, über die Schaffung einer Invaliditäts- und Altersversicherung der Gemeindeärzte einen eingehenden Bericht zu erstatten, wodurch die Grundlage für



eine allgemeine und dauernde Regelung der Ruhe- und Versorgungsgenüsse für die niederösterreichischen Gemeindeärzte gewonnen werden sollte.

Der Landesausschuß ist diesem Auftrage nachgekommen und hat nunmehr in der laufenden Session des niederösterreichischen Landtages unter gleichzeitiger eingehender Berichterstattung den Entwurf eines Gesetzes vorgelegt, womit Bestimmungen über die Ruhebezüge der Gemeindeärzte und über Versorgungsgenüsse für deren Witwen und Waisen getroffen werden. Der in 30 Paragraphe eingeteilte Gesetzentwurf enthält zugleich auch Bestimmungen über die Anstellung und die mit dem Geltungsbeginne des Gesetzes erwachsenden besonderen Verpflichtungen der Gemeindeärzte.

Der Gesetzentwurf statuiert für alle auf Grund des Gesetzes vom 21. Dezember 1888 bestellten definitiven Gemeindeärzte die 30jährige Dienstzeit zur Erlangung der vollen Pension, welche mit K 1500 bemessen ist. Der Anspruch auf einen Ruhegehalt tritt ein, wenn der Gemeindearzt mindestens zehn Jahre ohne Unterbrechung im Geltungsgebiete des Gesetzes, das ist im Erzherzogtume Niederösterreich mit Ausschluß von Wien und der Städte mit eigenem Statute gedient, die während seiner Dienstzeit auf ihn entfallenden Pensionsbeiträge geleistet und ohne sein Verschulden zur Ausübung seines Dienstes untauglich geworden ist. Der Ruhegehalt beträgt nach zehn zurückgelegten Dienstjahren 40% des festgesetzten Höchstausmaßes und steigt mit jedem weiteren im aktiven Dienste vollstreckten Jahre um 3%, wobei im Falle einer in Ausübung des öffentlichen Dienstes erfolgten Dienstuntauglichkeit eine erst fünfjährige ununterbrochene Dienstzeit bezüglich der Bemessung der Ruhe- und Versorgungsgenüsse einer zehnjährigen gleichgehalten und Bruchteile eines Jahres, wofern sie sechs Monate überschreiten, als volles Jahr angerechnet werden.

Wenn die Behebung einer eingetretenen Dienstunfähigkeit noch möglich erscheint, so kann, falls ein gesetzlicher Anspruch auf einen Ruhegehalt bereits vorliegt, die Versetzung in den zeitlichen Ruhestand platzgreifen und derselben später die Wiederverwendung im Sanitätsdienste unter Einstellung des Ruhegehaltes folgen. Die Dauer des zeitlichen Ruhestandes wird in diesem Falle in die für die Bemessung des bleibenden Ruhegehaltes anrechenbare Dienstzeit nicht einbezogen.

Wird ein definitiv angestellter Gemeindearzt wegen Dienstunfähigkeit vom Dienste enthoben, ohne daß er Anspruch auf einen Ruhegehalt hat, so gebührt ihm ein Jahresbetrag des vollen gesetzlichen Ruhegehaltes als Abfertigung.

Ein im Genusse des Ruhegehaltes stehender Gemeindearzt darf keine besoldete Arztesstelle annehmen, widrigenfalls er die Pension verliert.

Durch freiwilligen Verzicht auf das Amt, eigenmächtigen Dienstaustritt oder strafweise Dienstentlassung geht der Anspruch auf einen Ruhegenuß verloren und findet diesfalls keine Rückerstattung der eingezahlten Pensionsbeiträge statt.

Jeder auf Grund des Gesetzes vom 21. Dezember 1888, L. G. Bl. Nr. 2 ex 1889, bestellte definitive Gemeindearzt, hat, wenn derselbe vor vollendetem 60. Lebensjahre geheiratet hat, Anspruch auf Versorgungsgenüsse für seine hinterbliebenen Angehörigen (Witwen und Kinder), doch gebührt der zur Zeit des Todes des Gemeindearztes durch ihr Verschulden von ihm geschiedenen Witwe kein Versorgungsgenuß.

Die Versorgungsgenüsse werden in der Weise bemessen, daß die Witwe eines Gemeindearztes die Hälfte seiner Pension, bezw. die Hälfte jenes Betrages als Pension erhält, welcher ihrem verstorbenen Gatten zur Zeit seines Ablebens als Ruhegehalt gebührt hätte; der Mindestbetrag einer Witwenversorgung ist jedenfalls K 400.

Jedem unversorgten ehelichen Kinde eines pensionsberechtigten oder bereits pensionierten Gemeindearztes gebührt nach dem Ableben des Vaters ein Erziehungsbeitrag bis längstens zum vollendeten 24. Lebensjahre, welcher ein Fünftel der der Mutter gebührenden Witwenpension beträgt.

Gänzlich verwaiste, sowie solche Kinder, deren Mutter die Witwenpension eingestellt oder nicht zuerkannt wurde, erhalten die Hälfte der Witwenpension, welche von ihrer Mutter oder Stiefmutter bezogen wurde, bezw. derselben gebührt hätte.

Der Bezug der Witwenpension erlischt durch Wiederverheiratung der Witwe, bleibt aber im Falle eines abermaligen Witwenstandes vorbehalten; in ähnlicher Weise erlischt der Erziehungsbeitrag für die Waisen bei Erlangung einer Versorgung auch vor dem 24. Lebensjahre, insbesondere bei Töchtern durch deren Verehelichung.

Außer den regelmäßigen Versorgungsgenüssen für die Witwen und Waisen sieht der Entwurf noch die Gewährung von Beiträgen zur Bestreitung der Krankheits- und Leichenkosten für die Hinterbliebenen nach verstorbenen Gemeindeärzten vor, welche mit 25% des Ruhegehaltes bemessen sind, der vom verstorbenen Gemeindearzte bezogen wurde oder ihm zur Zeit seines Ablebens gebührt hätte.

War der Gemeindearzt noch nicht pensionsfähig, so wird dieser Beitrag mit K 100 bemessen und hat die Witwe bezw. die ehelichen minderjährigen Kinder noch eine Abfertigung von K 400 (das ist die gesetzlich mindeste einjährige Witwenpension) zu beanspruchen.

Zur Bestreitung der Ruhe- und Versorgungsgenüsse wird ein in der Verwaltung des Landes stehender Pensionsfonds kreiiert, der durch Erträgnisse aus den von den neuernannten Gemeindeärzten einzuhebenden Ernennungstaxen von K 100, den jährlichen Beiträgen der Ärzte in der Höhe von 3% des vollen gesetzlichen Ruhegehaltes, ferner durch Zuflüsse aus etwaigen gesetzlichen Disziplinarstrafen und durch die zur Ergänzung nötigen Zuschüsse aus Landesmitteln gebildet werden soll.

Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes steht die Ernennung, Definitivanstellung und Pensionierung aller Gemeindeärzte ohne Ausnahme dem Landesausschusse zu, dem auch die Anweisung der Aktivitätsbezüge sowie die der Ruhe- und Versorgungsgenüsse obliegt.

Die Ernennung erfolgt im Einvernehmen mit der politischen Landesbehörde auf Grund eines seitens der Sanitätsgemeinde ausgeschriebenen Konkurses und ist zunächst eine provisorische. Nach dreijähriger anstandsloser Dienstleistung steht dem Gemeindearzte der Anspruch auf definitive Anstellung zu, um welche er beim Landesausschusse einzuschreiten hat. Die in provisorischer Eigenschaft zugebrachte Dienstzeit ist für die Pension anrechenbar.

Bei freiwilligem Verzicht auf das Amt hat der Gemeindearzt dem Landesausschusse seinen Dienst im Wege der Sanitätsgemeinde oder Sanitätsgemeindegruppe vierteljährig zu kündigen und haben als Kündigungsfrist die ersten 14 Tage eines jeden Kalendervierteljahres zu gelten.

Weiters enthält der Gesetzentwurf noch Bestimmungen über das bei vorgefallenen Dienstesversäumnissen und Pflichtverletzungen des Gemeindearztes seitens der politischen Bezirksbehörde einzuleitende Disziplinarverfahren und über die wegen unverschuldeter vorzeitiger Dienstunfähigkeit notwendig werdende Dienstesenthebung.

Die Disziplinarstrafen sind: 1. Der schriftliche Verweis, 2. Geldstrafen bis zu K 200, 3. Entlassung aus dem Dienste, und werden auf Grund eines endgültigen Erkenntnisses einer unter dem Vorsitze des Landmarschalls oder dessen Stellvertreters zusammentretenden viergliedrigen Kommission ausgesprochen. Außer diesen Fällen (disziplinarweise Entlassung oder Pensionierung wegen Dienstesunfähigkeit) kann ein definitiver Gemeindearzt nur im Falle der Auflösung seines Dienstsprengels vom Dienste enthoben werden, hat aber dann auf die ihm gesetzlich gebührenden Ruhe- und Versorgungsgenüsse Anspruch.

Einem provisorischen Gemeindearzte kann der Dienst einverständlich mit der politischen Landesbehörde gekündigt werden und werden im Falle der Kündigung, bezüglich deren die oben bezeichneten Fristen und Termine gelten, dem Arzte die eingezahlten Pensionsbeiträge zurückerstattet.



Mit dem Geltungsbeginne dieses Gesetzes übernimmt jeder bereits bestellte sowie neu zu bestellende Gemeindearzt bei sonstigem Verluste seiner Versorgungsansprüche die Verpflichtung zur unentgeltlichen Vornahme der öffentlichen Impfung in seinem Sanitätssprengel gegen Beistellung des Impfstoffes durch die politische Bezirksbehörde auf Rechnung des Staatsschatzes, ferner die Verpflichtung zur unentgeltlichen Untersuchung der Schüblinge innerhalb seines Amtssprengels und zur unentgeltlichen Behandlung der in seinem Standorte und in einer Entfernung bis zu zwei Kilometern von demselben wohnhaften, in offener Armenpflege stehenden Personen bis zu einer Kopfzahl von 10, wobei eine im gemeinsamen Haushalte lebende Familie als ein Armer gilt; in letzterer Verpflichtung ist jedoch die kostenlose Beistellung der Medikamente nicht inbegriffen. Sind die Kosten der Armenbehandlung pauschaliert, so ist hienach das höchstens zehnfache des vereinbarten oder nach dem Verhältnisse des Armenstandes zum Pauschale sich ergebenden Einheitssatzes vom Pauschalbetrage in Abzug zu bringen. Bei fallweiser Rechnungslegung ist das höchstens zehnfache der nach dem Verhältnisse des Armenstandes zur Rechnungssumme auf den Kopf entfallenden Quote vom Betrage der Rechnung abzuziehen. Dem Gemeindearzte obliegt aber auch die Behandlung der übrigen, in offener Armenpflege stehenden Personen sowie der Findlinge seines Sanitätssprengels gegen Entlohnung aus den Mitteln der beteiligten Armenbezirke bezw. aus dem Landesfonds. Die Höhe der Entlohnung bestimmt in beiden Fällen der Landesausschuß nach Anhörung der Ärztekammer für Niederösterreich mit Ausnahme von Wien, im ersten Falle überdies nach Antragstellung der beteiligten Bezirksarmenräte."

Den zur Zeit des Geltungsbeginnes des Gesetzes bereits im aktiven Dienste stehenden Gemeindeärzten ist die bisherige anrechenbare Dienstzeit für die Pensionsbemessung gegen ratenweise nachträgliche Entrichtung der Ernennungstaxe und der Pensionsfondsbeiträge (letztere bis zum Höchstbetrage von K 450) in Anrechnung zu bringen. Diese Nachzahlung kann übrigens in berücksichtigenswerten Fällen bis zur Hälfte des entfallenden Betrages erlassen werden.

Der Anspruch auf diese Begünstigung geht verloren, falls er nicht innerhalb des auf den Beginn der Wirksamkeit des Gesetzes folgenden Jahres beim Landesausschusse geltend gemacht wurde. In gleicher Weise kann auch die vor der Wirksamkeit des Gesetzes vom 21. Dezember 1888, R. G. Bl. Nr. 2 ex 1889, in Niederösterreich mit Ausschluß der Städte mit eigenem Statute als Gemeindearzt ununterbrochen zugebrachte Dienstzeit bei Bemessung des Ruhegehaltes in Anrechnung gebracht werden, wenn die Dienstzeiten vor und nach der Wirksamkeit des zitierten Gesetzes unmittelbar aneinander schließen.

Der Gesetzentwurf wurde inzwischen mit geringfügigen Änderungen vom Landtage angenommen.

II. Referate.

Über die einfache Gallenröhre als Anreicherungsmittel und die Bakteriologie des Blutes bei Typhus sowie Paratyphus. Von Dr. Heinrich Kayser. (Münchner medizinische Wochenschr. Nr. 17, 1906.)

Daraus darf man ableiten, daß die Galle da, wo solche Keime in Reinkultur erwartet werden dürfen, direkt zum Nachweise von Typhusbakterien verwendet werden kann. Als solches Untersuchungsobjekt kommt in erster Linie wohl Blut von Typhuskranken in Betracht, um so mehr, als Galle die Blutgerinnnng hindert.

K. empfiehlt für die Praxis in erster Linie die 5 cm^3-Röhre zur Blutentnahme und betont, daß diese Züchtungsmethode sich insbesonders für die erste Typhuswoche — 96 bis 100% positivi — eignet. Wenn sich der Brauch einbürgern möchte, sehr früh Blut anzureichern, und es genügen ja etwas mehr als 2 cm^3, so wäre nach seiner Erfahrung viel gewonnen, einmal für die Typhusbekämpfung und dann für Patient und Praxis, denn eine ganze Zahl Typen mit irregulärem Beginne sind auf diese Weise schon einer erwünscht zeitigen angemessenen Behandlung zugeführt worden. Auch die Truppe im Kriege und Frieden dürfte Vorteile aus diesen frühen Diagnosen und der so bewegungsfähigen Methode ziehen, welche dem Erkrankten selbst fern von der Untersuchungsstelle zu folgen vermag.

*

Über die Behandlung von 30 Genickstarrekranken mit Jochmannschem Meningokokken-Serum. Von Christian Schöne.

Aus den mitgeteilten Untersuchungen ergibt sich, daß das von Jochmann in die Therapie eingeführte Meningokokkenserum den Krankheitsverlauf beim Menschen günstig beeinflußt. Außer im ausgebildeten Stadium hydrocephalicum sollte das Serum in jedem Falle stets angewendet werden.

Gaben von nur zweimal 20 cm^3 im Abstande von zwei Tagen haben nur in seltenen Fällen Erfolg (2:10).

Anzuraten sind größere Gaben: 30 cm^3 täglich wiederholt, bei Erwachsenen auch mehr, bis eine Wirkung auf die Fieberkurve ersichtlich ist.

Intralumbale Injektionen scheinen wirksamer zu sein als subkutane.

Die Kranken sollen 12 Stunden lang nach intralumbalen Injektionen mit dem Kopfe tief gelagert werden.

Wenn vor den intralumbalen Seruminjektionen dieselbe oder eine größere Flüssigkeitsmenge durch Punktion entleert worden ist, haben sie nie einen Schaden zur Folge, wie überhaupt bei der Serumtherapie nie nennenswerte schädliche Nebenwirkungen zu beobachten sind.

*

Atoxylbehandlung der Syphilis. Von G. Scherber.

Sch. resümiert seine Erfahrungen wie folgt:

1. Das Atoxyl übt auf alle luetischen Exanthemformen einen unverkennbaren Einfluß aus; es gelingt, alle luetischen Hauterscheinungen von der Makula bis zum Gumma unter Allgemeinbehandlung mit Atoxyl manchmal nach einer deutlichen Reaktionsperiode zur Resorption und zum völligen Schwinden zu bringen.

Ebenso werden die syphilitischen Schleimhautaffektionen im allgemeinen durch das Mittel günstig beeinflußt.

Der Kräftezustand der Patienten wird durch das Mittel gebessert.

2. Die sichere Wirksamkeit des Atoxyls erfährt aber durch seine Giftigkeit eine erhebliche Beschränkung. Diese Beschränkung bezieht sich auf die Höhe der gegebenen Dosis. Es empfiehlt sich, das Mittel nur in 10%iger, durch zwei Minuten bei 100° C. sterilisierter, stets frisch bereiteter Lösung in der Dosis von 2 cm^3 jeden zweiten Tag subkutan anzuwenden. In dieser Form können 15—30 Injektionen anstandslos gegeben werden. Jedoch ist eine Kontrolle des Harnes und der Sinnesorgane des Patienten stets unbedingt nötig, um Indiosynkrasien begegnen zu können. Zu empfehlen ist die subkutane Anwendung des Mittels als einfache Methode und ohne jegliche Beschwerden für den Patienten.

3. Die durch die Giftigkeit des Mittels bestimmte niedrige Einzeldosis bedingt eine für gewöhnliche Luesfälle ungewöhnlich lange Dauer der Kur, da nach Absolvierung einer vier- bis sechswöchentlichen Atoxylkur die luetischen Erscheinungen eben zum Schwinden gebracht sind, aber das in dieser Zeit bei der Quecksilberkur gegebene Plus in der Aufspeicherung des wirksamen Agens im Organismus keineswegs erreicht ist.

Das Atoxyl ähnelt in seiner Wirkung sehr dem Quecksilber, steht aber in seiner Wirksamkeit im allgemeinen in den erlaubten niedrigen Dosen hinter demselben entschieden zurück.

4. Dazu kommt noch eine rasche Ausscheidung des aus dem Atoxyl abgespaltenen Arsens aus dem Organismus, worauf zum Teile die geringe Dauerwirkung des Mittels und das frühzeitige Auftreten von Rezidiven beruht.



5. Es ist daher das Atoxyl in der Luesbehandlung nur als Zwischenkur zu empfehlen.

6. Bei der Behandlung der Fälle von Lues muligna praecox konnte zwar eine deutliche, aber keineswegs eine das Quecksilber sonderlich übertreffende Wirkung konstatiert werden. Das Rezidivieren des Prozesses konnte auch durch ziemlich lange fortgesetzte Kuren nicht verhindert werden. Sicher bietet jedoch das Mittel in seiner Wirksamkeit bei der Behandlung dieser langwierigen, oft vieler Kuren bedürftigen Luesform, eine angenehme Abwechslung.

7. Die rasche und günstige Wirkung des Atoxyls auf manche Gummen ist bemerkenswert.

8. In der Lokaltherapie luetischer Hauterscheinungen (Sklerosen, Papeln) ist das 10%ige Atoxylpflaster als sehr wirksam zu empfehlen.

Bei der Behandlung der Mundsyphilide ist für die Abkürzung der Kur die Lokalbehandlung (Lapisstift) dringend nötig. (Wr. klin. Wochenschr. Nr. 39, 1907.)

*

Beitrag zur Pathologie und Therapie des alveolären Lungenemphysems. Von H. Päßler und H. Seidel.

Die Ergebnisse lassen sich in nachfolgenden Schlußsätzen zusammenfassen:

1. Die Freundsche Operation bei Emphysem mit starrer Thoraxdilatation ist von unverkennbarem Nutzen.

2. Die Operation kann einseitig ausgeführt bereits bedeutenden Erfolg haben.

2. Die Operation ist technisch nicht besonders schwierig und für den Patienten nicht allzu eingreifend.

4. Es dürfte sich empfehlen, den miterkrankten Knorpel auch der ersten Rippe zu resezieren.

5. Zeitpunkt der Wahl ist das Auftreten von Dyspnoe bei mittleren, spätestens das Auftreten von Dyspnoe bei ganz leichten Anstrengungen.

6. Ein Nutzen ist auch dann nicht ausgeschlossen, wenn bereits sekundäre Herzinsuffizienz besteht. Einstweilen ist jedoch von der Operation so vorgeschrittener Fälle abzuraten.

7. Was die Ätiologie und Pathologie des alveolären Emphysems anlangt, so ergeben sich aus dem Erfolge der Freundschen Operation wesentliche Stützen auch für die Freundsche Theorie von der Bedeutung der starren Dilatation des Thorax.

8. Die Ausführung der Resektion auch des ersten Rippenknorpels durch Seidel liefert den Beweis, daß die von Freund für die Spitzentuberkulose geforderte Operation (Mobilisierung und Erweiterung der starren Stenose der oberen Thoraxapertur) ebenfalls keine erheblichen Schwierigkeiten erwarten läßt. (Münchener medizinische Wochenschr. Nr. 38, 1907.)

*

Die Tuberkulinbehandlung der Lungentuberkulose. Von Oberarzt Prof. Hammer. (Schluß.)

Das Prinzip der Tuberkulinbehandlung, welches zunächst besprochen werden mag, da es mit der Frage der Dosierung eng zusammenhängt, läßt sich kurz in folgenden Punkten zusammenfassen. Zunächst ist es notwendig, die Reaktionsgrenze zu finden, d. h. also diejenige Dose zu ermitteln, bei der eine Reaktion eben noch vermieden wird. An dieser Reaktionsgrenze, die natürlich, entsprechend der Gewöhnung des Organismus an das Mittel, stetig eine andere wird, muß man sich während der ganzen, unter Umständen sehr langen Kurdauer bewegen, ohne es jemals zu einer ausgesprochenen Reaktion kommen zu lassen. Schwierigkeiten bereitet hauptsächlich das erste Auffinden der Reaktionsgrenze; ist diese gefunden, dann ist es in der Regel nur notwendig, systematisch und ganz allmählich unter stetiger sorgfältiger Kontrolle des Temperaturverlaufes die Dosen zu steigern; es läßt sich auf diese Weise, wenn man gleichzeitig die subjektiven Angaben der Patienten über etwaige Reaktionsempfindungen und auch die geringsten Schwankungen der Temperatur berücksichtigt, mit absoluter Sicherheit ein erhebliches Überschreiten der Reaktionsgrenze, das mit Schädigungen verbunden sein könnte, vermeiden.

Diese Reaktionsgrenze liegt nun, wie dies nur natürlich ist, individuell und je nach Art und Lage des Krankheitsfalles außerordentlich verschieden. Eine ausgesprochene Reaktion kann schon nach eigenen Erfahrungen bei einer Dosis von $0{\cdot}000002 = {}^2/_{1000}\ mg$ eintreten, meines Wissens die niedrigste Dose, bei der bisher eine Reaktion aufgetreten ist. Bei 0·000.005 *mg* ist von anderen eine schon recht erhebliche Reaktion mit lang anhaltendem Fieber und sich anschließendem Hämoptyse beobachtet worden.

Berücksichtigen muß man auch die Erfahrung, daß anfänglich die Empfindlichkeit gegen Tuberkulin oft steigt, oder daß eine Kumulation des Mittels im Organismus stattfinden kann. Wird diese Möglichkeit nicht beachtet, so kann man plötzlich von einer heftigen Reaktion überrascht werden bei relativ noch sehr niedrigen Dosen, die vorher gut vertragen wurden. Es lassen sich ausnahmslos bei sorgfältigster Beobachtung der Tuberkulinwirkungen gewisse Anzeichen, sei es in dem subjektiven Befinden, sei es in den objektiven Erscheinungen der Kranken auch dafür auffinden, daß eine Kumulation des Mittels im Organismus bevorsteht; somit läßt sich auch eine solche mit Sicherheit vermeiden.

Aus dem von uns geübten und reichlich erprobten Verfahren lassen sich etwa folgende Regeln für die Dosierung aufstellen, bei deren Befolgung aber stets dem wichtigsten Grundsatz des Individualisierens im ausgedehntesten Maße Rechnung getragen werden muß.

Gewöhnlich, d. h. in günstig gelagerten, fieberfreien Fällen mit gutem Kräftezustande und günstigem Allgemeinbefinden wird mit einer Dose von $0{\cdot}00001 = {}^1/_{100}\ mg$ begonnen. Während wir früher, im Anfange unserer Beschäftigung mit Tuberkulin, möglichst mit $0{\cdot}0001 = {}^1/_{10}\ mg$ nach der Vorschrift von Goetsch die Kur anfingen, sind wir von dieser höheren Dose ganz zurückgekommen und betrachten im allgemeinen ${}^1/_{100}\ mg$ als die höchste erlaubte Anfangsdosis, und zwar nur für solche Fälle, die nach ihrem klinischen Verhalten eine günstige Prognose bieten.

Sehr häufig empfiehlt es sich, besonders in solchen Fällen, die klinisch einen weniger günstigen Eindruck machen und bezüglich der Prognose zweifelhaft sind, mit der um das zehnfache geringeren Dosis von $0{\cdot}000001 = {}^1/_{1000}\ mg$ zu beginnen. Es lassen sich bei sorgfältiger Beobachtung der Kranken auch für diese sehr geringen Dosen unzweifelhafte Anhaltspunkte dafür gewinnen, daß eine Beeinflussung des tuberkulösen Herdes stattfindet; ja es kann sogar, wie schon erwähnt wurde, zu schweren, ausgesprochenen Allgemeinreaktionen kommen, wodurch der Einwand, der vielleicht erhoben werden könnte, daß es sich hier um ganz wirkungslose, homöopathische Dosen handeln könnte, von vornherein widerlegt ist.

Die Steigerung der Dosen soll eine ganz allmähliche, vorsichtige sein, man steigt am besten bei jeder Injektion um einen Teilstrich der Pravazspritze, so daß die Dosen, um dieselben schematisch kurz zu skizzieren, bei der eben erwähnten niedrigsten Dose angefangen, folgende sein werden.

Diese schematisch skizzierte Injektionskur läßt sich natürlich in den meisten Fällen nicht so glatt durchführen, sondern es kommen mancherlei Störungen vor, die Abweichungen von dem Schema erfordern.

Zunächst kann man, solange man sich noch in den niedrigsten Dosen bewegt, besonders wenn mit der Dose von ${}^1/_{1000}\ mg$ angefangen wurde, ab und zu etwas schneller steigen — etwa um zwei Teilstriche der Pravazspritze bis zur Reaktionsgrenze. Dann ist besonders sorgfältig auf jedes kleinste Anzeichen einer drohenden Reaktion zu achten und es ist gut, sich immer vor Augen zu halten, daß ein schnelles Steigen für den therapeutischen Effekt ziemlich belanglos ist, während das eventuelle Auslösen einer starken Reaktion von einem dauernden Schaden für den Patienten zwar ebenfalls nicht begleitet sein wird, denselben aber vorübergehend zweifellos stark reduzieren kann, ihn eventuell arbeitsunfähig macht und nur allzuhäufig von dem Fortsetzen der Kur abschreckt.



Sobald sich Anzeichen einer wenn auch noch so kleinen Reaktion einstellen, oder sobald m. a. W. die Reaktionsgrenze erreicht ist, muß mit dem weiteren Steigen der Dosen Vorsicht geübt und das Verhalten des Organismus dem Tuberkulin gegenüber genau beobachtet werden.

In einzelnen, nicht sehr häufigen Fällen lassen sich auch dann noch die Dosen regelmäßig weiter steigern, ohne daß es zu einer stärkeren Reaktion kommt. Derartige Fälle, bei denen man sich fortdauernd an der Reaktionsgrenze bewegt, ohne je eine stärkere Reaktion auszulösen, stellen das Ideal einer Tuberkulinbehandlung dar. Meistens geht es aber nicht so glatt, sondern um dieses Ideal tunlichst immer zu erreichen, ist es notwendig, entweder kurze Pausen in den Injektionen eintreten zu lassen, dann die Behandlung mit der gleichen oder geringeren Dose wieder aufzunehmen oder sofort wieder auf eine geringere Dose zurückzugehen oder dieselbe solange zu wiederholen, bis keine Zeichen einer Reaktion mehr vorhanden sind und erst dann zu der nächst höheren Dose überzugehen.

Wenn vorher gesagt wurde, daß man mit den niedrigsten Dosen je nach Art und Lage des Falles eher etwas schneller steigen kann, so tritt das umgekehrte für die höheren Dosen ein. Für diese wird es sich oft als zweckmäßig erweisen, nur um $^1/_{20}$ der Pravazspritze zu steigen, z. B. 0·01 bis 0·015; 0·02 usw. und 0·1—0·15 usw.

Ganz ausnahmsweise und nur in besonders günstig gelagerten Fällen kann es empfohlen werden, mit $^1/_{10}$ *mg* = 0·0001 zu beginnen, einer Dose, mit der wir auf Grund unserer Erfahrungen unsere diagnostischen Injektionen einleiten.

Das wichtigste Postulat für die gefahrlose Durchführung einer Tuberkulinkur ist eine sorgfältige Temperaturbeobachtung, und daß eine solche bei einem ambulanten, zum Teil weniger intelligenten Material auf Schwierigkeiten stoßen kann, ist nur natürlich. Diese Schwierigkeiten lassen sich jedoch mit der nötigen Geduld überwinden und tatsächlich ist uns kein einziger Fall vorgekommen, der die Durchführung einer Kur infolge der Unfähigkeit des Patienten, sich zu messen, unmöglich gemacht hätte.

Haben die Patienten erst Vertrauen zu der Kur gewonnen, so wächst damit auch ihr Interesse an einer sorgfältigen Temperaturbeobachtung. Die Temperatur wird vierstündlich am Tage — um 8, 12, 4, 8 — gemessen und in einen mit entsprechendem Vordruck versehenen Temperaturzettel eingetragen; nur bei Vornahme diagnostischer Injektionen werden außerdem die Temperaturen morgens um 6 und abends um 10 Uhr gemessen.

Wünschenswert wäre eine häufigere zweistündliche Messung; es verbietet sich aber von selbst, bei einem ambulanten Materiale zu große Anforderungen zu stellen, und für die Beurteilung des Temperaturverlaufes hat diese vierstündliche Messung auch vollkommen genügt.

Bezüglich der Auswahl der für eine Tuberkulinkur sich eignenden Fälle, einer Aufgabe, deren Wichtigkeit von allen Autoren, die sich mit Tuberkulin beschäftigt haben, immer wieder betont worden ist, wird es empfehlenswert sein, auf die erste Kochsche Vorschrift zurückzugreifen.

Schon Koch erblickt den Schwerpunkt des neuen Heilverfahrens in der möglichst frühzeitigen Behandlung. Das Anfangsstadium der Phthise soll die eigentliche Domäne für das neue Mittel sein, weil dasselbe hier seine Wirkung voll und ganz entfalten kann. Er möchte annehmen, daß beginnende Lungentuberkulose durch das Mittel mit Sicherheit zu heilen ist.

Heute werden im allgemeinen die unkomplizierten Fälle mit nicht zu weit vorgeschrittener Zerstörung des Lungengewebes als geeignet für eine Tuberkulinbehandlung bezeichnet.

Unter unkomplizierten Fällen sind im wesentlichen fieberlose Erkrankungen mit noch gutem Allgemeinbefinden zu verstehen; die nicht zu weit vorgeschrittene Zerstörung des Lungengewebes umfaßt solche Fälle, die ungefähr dem Turbanschen ersten, höchstens zweiten Stadium entsprechen. Nach unseren Erfahrungen kann man nun die Indikation für die Anwendung des T. viel leichter stellen. Dabei wird es aber notwendig und zweckmäßig sein, sich vor Beginn der Behandlung darüber klar zu werden, ob ein völliger Heilerfolg erzielbar sein wird oder nicht. Eine solche Überlegung ist für die richtige Bewertung eines Heilmittels nicht unwichtig. Daß große Täuschungen unterlaufen können und daß der schließliche Ausgang die sorgfältigst erwogene Prognose zu Fall bringen kann, ist zur Genüge bekannt; immerhin ist es gut, sich diese Schwäche unserer ärztlichen Kunst jederzeit vor Augen zu halten; diese Tatsache trägt entschieden mit die Schuld an der so differenten Bewertung des Tuberkulins von seiten der Ärzte; sie wird uns bei entsprechender Berücksichtigung einerseits vor der Überwertung etwaiger durch ein Heilmittel erzielter Erfolge bewahren, sie wird uns andererseits aber auch davor schützen, ein Mittel, welches nicht in jedem Falle einen Erfolg herbeiführt, von vornherein zu diskreditieren.

An sich bietet nun kein einziger Fall von Lungentuberkulose, auch nicht der fortgeschrittenste und fieberhafte Fall, eine Kontraindikation gegen die Tuberkulinbehandlung, sofern nur als erste und unerläßliche Bedingung die vorsichtigste und sorgfältigste Dosierung stets im Auge behalten wird. Es lassen sich selbst in diesen schwersten Fällen die Injektionen so gestalten, daß der erste therapeutische Grundsatz des Arztes, das Nihil nocere, gewahrt bleibt.

Begründete Aussicht auf Heilung besteht jedoch nur in den unkomplizierten Fällen von Lungentuberkulose 1. und 2. Grades. Aber auch Fälle des 3. Grades sind noch keineswegs als aussichtslos zu bezeichnen und auch die mit Fieber komplizierten Erkrankungen lassen sich gar nicht selten durch vorsichtige Anwendung des Tuberkulins in fieberlose verwandeln und können dann mit Erfolg tuberkulinisiert werden.

Wenn bei den schweren und schwersten Formen der Lungentuberkulose eine Heilung selbstverständlich nicht mehr erwartet werden kann, weder durch Tuberkulin noch durch irgend ein anderes Heilmittel, so kann die Anwendung des Tuberkulins deswegen doch von Nutzen sein; es lassen sich auch in diesen Fällen noch Besserungen erzielen und vor allen Dingen stellt das Tuberkulin ein wichtiges Hilfsmittel bei der Bekämpfung der einzelnen Schwindsuchtssymptome dar. So läßt sich der Husten beeinflussen; ein quälender, trockener Reizhusten verschwindet oder verliert wenigstens seinen quälenden Charakter. Die Exspektoration wird erleichtert, ein zäher, schwer lösbarer Auswurf, der den Kranken viel Beschwerden macht und oft zum Erbrechen führt, wird flüssiger und löst sich leichter — Schmerzen, eine häufige Klage der Phthisiker, können verschwinden — auch die lästigen Schweiße der Phthisiker lassen sich günstig beeinflussen — der mangelnde Appetit kehrt zurück und man kann sich im allgemeinen dem Eindrucke nicht verschließen, daß auch in schweren, aussichtslosen Fällen die ganze Widerstandskraft des Organismus noch einmal gehoben werden kann.

Zum Schlusse gibt H. einen kurzen Überblick über die Erfolge. Es sind im Laufe von fünf Jahren zirka 100 Patienten mit Tuberkulin behandelt worden; von diesen haben sich einige sehr bald der Kur wieder entzogen, andere stehen zurzeit noch in Behandlung, bei etwa 60 wurde die Kur zu einem mehr oder weniger schnellen Abschluß gebracht.

Das Material ist ein sehr verschiedenartiges gewesen; es sind darunter eine größere Anzahl leichter Fälle, es waren mittelschwere darunter; es sind auch sehr schwere Fälle einer Tuberkulinbehandlung unterzogen worden.

Vor allem muß betont werden, daß sämtliche Fälle ambulatorisch behandelt wurden, daß dieselben also in ihren mehr weniger schlechten häuslichen Verhältnissen blieben, ja daß viele ihrer gewohnten Beschäftigung nachgingen. Es hat irgend eine andere therapeutische Beeinflussung, sei sie medikamentöser oder hygienisch-diätetischer Natur, nicht stattgefunden.

In denjenigen Fällen, in welchen Bazillen im Sputum fehlten, wurde die tuberkulöse Natur des Leidens durch die



diagnostische Tuberkulininjektion vor Beginn der Kur bestätigt, wobei wir uns bewußt waren, daß der positive Ausfall nach heutiger Auschauung noch nicht die Aktivität eines tuberkulösen Prozesses beweist. Dieser war jedoch wegen der subjektiven Klagen und Beschwerden der Patienten bei dem vorhandenen physikalischen Befunde und unter Ausschluß eines anderen Leidens mit größter Sicherheit anzunehmen.

Ein Erfolg wurde eigentlich in allen Fällen erzielt. Derselbe kann natürlich, entsprechend dem vorher dargelegten Standpunkte, nicht immer in völliger Heilung zum Ausdruck kommen.

In allen Fällen von geschlossener Tuberkulose ist ein sehr günstiges und vorläufig dauerndes Resultat erzielt worden, das erst kürzlich durch eine Nachuntersuchung konstatiert wurde.

Sind nun schon unter diesen wenig günstigen Verhältnissen gute Resultate erzielt worden, so werden sich diese noch verbessern lassen durch eine Kombination der Tuberkulintherapie mit der hygienisch-diätetischen Behandlung.

Die Resultate der Heilstättenbehandlung sind schon jetzt durch die Kombination mit der Tuberkulinbehandlung wesentlich bessere geworden und es ist sehr wahrscheinlich, daß vor allen Dingen die Dauerresultate bessere werden. Vielleicht wird es dann auch nicht mehr notwendig sein, nur die leichtesten Fälle den Heilstätten zuzuführen, sondern auch die fortgeschrittenen Erkrankungen werden noch mit Erfolg einer Kur in der Heilstätte unterzogen werden können.

Mit einem Heilmittel werden wir wahrscheinlich die Lungentuberkulose niemals in dem Sinne erfolgreich zu bekämpfen imstande sein, daß wir die Menschheit von dieser verderblichen Krankheit endgültig befreien können, sondern hiezu wird ein vorwiegend immunisierendes Mittel notwendig sein, das, vor der erfolgten Infektion angewendet, den Menschen sicheren Schutz gegen eine Infektion verleiht. (Münch. med. Woch. 1906, Nr. 48.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter".)

Sitzung vom 8. November 1907.

Wilhelm Falta stellt einen Fall von Fistula gastrocolica vor. Im Jahre 1902 bot Patient die typischen Erscheinungen einer Pylorusstenose ex ulcere ventriculi dar und wurde eine Gastroenteroanastomose gemacht. 1904, 1905 und 1907 rezidivierendes Ulkus. Wird der Magenschlauch eingeführt, so wird Kot durch die Sonde entleert oder erbrochen. Wird Luft vom Rektum aus eingeblasen, so füllt sich das Colon descendens und die Flexura lienalis, dann tritt unter lautem, glucksenden, oft metallisch klingenden Geräusche Luft in den Magen und wird unmittelbar nachher aufgestoßen. Läßt man bei diesem Patienten mit Methylenblau gefärbtes Wasser vom Rektum aus bei Beckenhochlagerung einfließen, so kann man kurze Zeit nachher Methylenblau in der Spülflüssigkeit des Magens nachweisen. Endlich bestätigte die Röntgenuntersuchung den Übertritt von Luft aus dem Kolon in den Magen. Es besteht also eine Kommunikation zwischen Kolon und Magen, die den Übertritt von Koloninhalt in den Magen gestattet. Hingegen ließ sich bisher kein Anhaltspunkt hiefür gewinnen, daß umgekehrt Mageninhalt direkt ins Kolon gelangt. Es scheint also eine ventilartige Kommunikation zwischen Magen und Kolon zu bestehen. Die Therapie ist eine chirurgische.

Siegfried Jonas berichtet anschließend an die Demonstration Faltas über das radiologische Verhalten der Gastroenterostomie und der Magendarmfisteln überhaupt.

Gustav Holzknecht macht auf jene, wenn auch seltene Fälle aufmerksam, wo bei anamnestisch angegebener Anastomose und Narbe im Epigastrium der Pylorus glatt durchgängig und keine andere Magendarmkommunikation nachweisbar war.

Anton v. Eiselsberg ist entschieden dagegen, daß eine Gastroenterostomie angelegt wird, wenn der lokale Befund nach der Laparotomie den Eingriff nicht nötig erscheinen ließ. Denn oft wird ein unwegsamer Pylorus durch Ausheilung des Ulkus wieder wegsam.

Walter Zweig hat vor acht Jahren einen ganz identischen Fall von Fistula gastrocolica aus der Klinik des Prof. Dr. J. Boas in Berlin publiziert, in welchem Falle Geh. Rat Hahn die Operation mit Erfolg vornahm. (Wiener klinische Rundschau 1900, Nr. 16.)

v. Eiselsberg stellt einen 16jährigen Burschen vor, der auf der linken Schädelhälfte einen handtellergroßen, weichen, deutlich fluktuierenden Tumor zeigt, an dessen Begrenzung ein knöcherner Wall zu tasten ist, der ebenso wie die Geschwulst selbst nicht im geringsten druckempfindlich ist (traumatisches Hämatom). Der Patient wurde vor 12 Tagen von einem anderen Burschen an den Haaren der linken Kopfseite spaßweise in die Höhe gezogen, am folgenden Tage bemerkte er eine Schwellung, die im Laufe der nächsten Tage bis zur jetzigen Größe anwuchs.

Viktor Kroph stellt aus der Klinik Chrobak eine Frau vor, bei der im Verlaufe der Gravidität Psoriasis an den Nägeln und Endphalangen der Finger und Zehen auftrat.

Johann Fein stellt einen 20jährigen Soldaten vor, der fünf Monate nach luetischer Infektion Erscheinungen einer Stenose und Insuffizienz der Mitralklappe, und linksseitige komplette Stimmlippenlähmung darbot. Die Röntgendurchleuchtung zeigte Herzverbreiterung und einen deutlich verbreiterten, nach beiden Seiten pulsierenden Gefäßschatten, welcher der Lage der Aorta entsprach. Andere Anzeichen für ein Aneurysma fehlten. Auf eine energische Schmierkur besserte sich im Verlaufe von drei Wochen die Stimme, welche vorher atrophisch gewesen war, derart, daß sie vollkommen laut und kräftig wurde. Auch die früher vorhanden gewesenen Atembeschwerden waren geschwunden und nur mehr unbestimmte Herzsensationen zurückgeblieben. Es trat also im Verlaufe der Quecksilberbehandlung Heilung der Gefäßwanderkrankung ein, welche Erscheinung bei frischen Fällen durchaus nicht überraschend ist. Die Erweiterung der Aorta ging wieder zurück und der Druck auf den unteren Kehlkopfnerven wurde wieder aufgehoben.

Rudolf Tertsch stellt aus der Augenklinik (Professor Schnabl) eine 20jährige Patientin mit einer infolge eines Stiches der Kornea entstandenen Perlzyste der Iris vor. Es handelt sich um eine sogenannte Perlenzyste der Vorderkammer des Auges, eine zirkumskripte Epithelwucherung, ausgehend von epithelialen Keimzellen, die der Epidermis oder Gebilden derselben, wie Haarbälge, Drüsen, entstammen, und die anläßlich einer perforierenden Verletzung der Kornea in die vordere Kammer geschleudert wurden, wo sie an der Oberfläche der Iris haften blieben. Hier finden diese Zellen einen guten Nährboden und proliferieren zu einem im Anfange soliden Tumor, in dem später durch Zerfall der zentral gelegenen Zellen ein von einer breiigen Masse erfüllter Raum entsteht, weshalb auch diese Gebilde zu den Zysten gerechnet wurden, obwohl sie Zysten im eigentlichen Sinne nicht sind — sondern eher den Atheromen oder Cholesteatomen zuzurechnen wären. Da diese Neugebilde sich ziemlich rasch vergrößern und so das Auge zerstören, ist ihre Entfernung notwendig — was auch in diesem Falle geschehen wird. Die Prognose ist eine gute.

Marschik stellt einen fünfjährigen Knaben mit Fremdkörper im rechten Hautbronchus vor. (Aspiration einer Fischgräte.) Es trat kein Erstickungsanfall auf, sondern nur plötzliche Aphonie und Schlingbeschwerden. Die Laryngoskopie ergab den Fremdkörper im subglottischen Raume eingekeilt, genau in der Medianlinie zwischen den Stimmbändern als weißliches Stäbchen sichtbar. Totale Heiserkeit. Leichter Stridor. Vortr. versuchte nun in leichter Narkose mit der Schrötterschen Kehlkopfpinzette den Fremdkörper den Augenblick einer Glottisöffnung benützend, zu fassen. Dies gelang auch wirklich nach mehreren Versuchen. Jedoch



machte das Kind infolge des starken Reizes bei dem Extraktionsversuche eine heftige Abwehrbewegung und die Gräte entglitt wieder dem Instrumente. Es mußte nun ein bronchoskopisches Rohr von 6 *mm* innerem Durchmesser eingeführt werden. Man sah im rechten Hautbronchus einen weißen Reflex, der sich nach Abtupfen des Schleimes als das Ende der Fischgräte kundgab. Mit einer bronchoskopischen Pinzette wurde der Fremdkörper nun gefaßt und beim ersten Eingehen mühelos entfernt. Trotz des günstigen Verlaufes der bronchoskopischen Extraktion möchte Redner dennoch die Tracheotomie sicher als das vorsichtigere Verfahren nennen, denn durch eine längere Bronchoskopie wird die Gefahr des Glottisödems immer imminenter und kann dann schließlich die Tracheotomie doch nötig werden. Deshalb soll, wenn die Bronchoskopie und Extraktion nicht rasch und leicht vor sich gehen, lieber gleich tracheotomiert werden.

Georg Lotheissen zeigt ein zwei Jahre altes Kind, bei dem er eine Schädelplastik ausgeführt hat. Verwendet wurde zur Deckung des Defektes, dessen Durchmesser $6^1/_2$ und 5 *cm* waren und der Anamnese und Befund eine Kephalohydrokele traumatica war, wurde, nachdem eine Plastik mit Hautperiost-Knochenlappen nach Müller-König unausführbar war, ebenso wie die Bildung von Periostknochenlappen nach Hacker-Durante und der Versuch, die subaponeurotische Umklappung zum Ersatz der Dura, wie sie durch v. Hacker 1902 empfohlen wurde, mißlang, griff der Vortr. zur Transplantation von Rippenknorpel, wie sie v. Mangoldt zuerst für Trachealdefekte vorgeschlagen hat. Der Ausgang beweist, daß in ungünstigen Fällen, in denen eine Knochenplastik schwer oder nicht ausführbar ist, auch die Knochentransplantation zur Deckung von Schädeldefekten ganz brauchbar ist.

Leopold Fleischmann referiert über das Verhalten des Dentins bei Rachitis. Seine Untersuchungen ergaben, daß das Dentin bereits in sehr frühen Stadien der Rachitis schwere Veränderungen des Kalkstoffwechsels aufweist, denn es bleiben zwischen den verkalkten Partien der Zahnbeingrundsubstanz kleinere und größere unverkalkte Partien zurück. *i. m.*

IV. Aus der Praxis.

Das Diakon-Band in der Praxis.

Eine der Hauptursachen der mitunter schwierigen Verbandstechnik liegt wohl, wie jeder Arzt bestätigen wird, im Verbandmaterial. Während wir in dem einen Falle unser Augenmerk auf die Festigkeit des Verbandes richten müssen, gibt es wieder Fälle, wie zum Beispiel Ulcus cruris usw., wo der Verband außerordentlich leicht anzulegen ist. Bis jetzt bot uns die Industrie kein Material, das sich in allen Fällen, wo ein Verband anzulegen ist, eignet. Unseren gewöhnlichen Kalikotbinden usw. mangelte die nötige Elastizität; wenn sie, wie es in manchen Fällen notwendig ist, locker angelegt wurden, war jedes Anschmiegen ausgeschlossen, der Verband hielt nicht. Wenn wieder, wie zum Beispiel bei Knöchelfrakturen, der Blaubindenverband angelegt werden sollte, hatten wir oft Bedenken, dem Patienten mehrere Wochen einen derartigen starren Verband anzulegen.

Seit neuester Zeit scheint es nun der Industrie gelungen zu sein, ein Verbandmaterial herzustellen, das mit lebhaftester Sympathie begrüßt zu werden verdient. Es ist dies das Teufelsche Diakon-Band. Seine außerordentliche Elastizität hat eine ganz großartige Akkommodation zur Folge und bewirkt es, daß der Patient das Gefühl des soliden Anliegens hat, ohne irgendwie einen Druck zu empfinden. Mehrere Tage konnte man den Verband ruhig liegen lassen, ohne daß derselbe dem Patienten lästig wurde, welcher Umstand auch die Gewähr für den ruhigen Gang des Heilungsprozesses bot.

Ich habe sowohl in meiner Kassen- als auch in meiner Privatpraxis das Teufelsche Diakon-Band bei den verschiedensten Erkrankungen versucht und hat mir dasselbe ganz außerordentliche Dienste geleistet. Speziell bei Verbrennungswunden kommt auch die Porösität in Betracht, die den zum Heilungsprozesse unumgänglichen Luftzutritt gestattet. Man kann ruhig behaupten, daß die mit Diakon-Band behandelten Verbrennungen in unbedingt kürzerer Zeit heilten, als die mit allen bisher gebräuchlichen Methoden. Ich konnte in solchen Fällen sogar auf die diversen sogenannten Brandbinden verzichten, sondern belegte die Wunde mit irgend welchem Antiseptikum und verband sie mit dem Diakon-Band. Bei Venenentzündungen, bei denen jeder Verband eine gewisse Gefahr involviert, hatte ich mit Diakon-Band sehr günstige Erfolge zu verzeichnen. Auch an Stelle der bei Krampfadern bisher gebräuchlichen Gummistrümpfe usw. möchte ich diese Binde warm empfehlen und war es geradezu interessant, wie dieselbe von den Frauen wochenlang ohne jede Beschwerde vertragen wurde und wie leicht die Applikation desselben gelingt. Als ökonomisches Moment möchte ich die Waschbarkeit der Binde hervorheben, die dieselbe billiger als alle bisher gebrauchten Binden macht und wie ich konstatieren konnte, daß selbst durch ein fünf- bis sechsfaches Waschen die Brauchbarkeit derselben keine Einbuße erlitt.

Hiebei wäre zu beachten, daß nach dem Waschen mit heißem Wasser und Seife die Binde ungerollt und liegend trocknen muß und daß man dieselbe beim Bügeln nicht ausziehen soll. Dieses Moment hervorragender Billigkeit empfiehlt die Binde besonders für Anstalten, Krankenhäuser usw., und auch speziell bei Landärzten, die ja noch öfter als wir Wiener Ärzte ein ebenso gutes als billiges Bindematerial anzuwenden Gelegenheit haben. *Dr. Er.*

Einige Bemerkungen über Extractum chinae Nanning. Von Dr. E. Toff, Braila (Rumänien). (Zentralblatt für Stoffwechsel und Verdauungskrankheiten, herausgegeben von Professor Dr. Karl v. Noorden in Frankfurt a. M.

Die Anwendung der Bittermittel bei verschiedenen Magenkatarrhen und namentlich der Chinapräparate, hat seit vielen Jahren festen Fuß in der Therapie gefaßt. Es ist unbestreitbar, daß wir derzeit keine besseren Mittel kennen, um den darniederliegenden Appetit zu heben, d. h. die Sekretion der Magen- und vielleicht auch großen Verdauungsdrüsen, in günstiger Weise zu beeinflussen.

Ein aus guter Chinarinde exakt hergestellter Auszug vereinigt mehrere wichtige therapeutische Eigenschaften und zwar: antiseptische, sekretionsbefördernde und adstringierende. Dementsprechend sind, namentlich in Frankreich, zahlreiche Präparate hergestellt und als Spezialitäten empfohlen worden, deren hauptsächlichstes Vehikel eine alkoholische Flüssigkeit, meist starker Südwein, ist. Obwohl dieselben angenehm zu nehmen sind, muß doch hervorgehoben werden, daß die Benützung dieser Präparate nur in den seltensten Fällen von Magenerkrankung indiziert ist, ja, bei vielen Kranken, Alkoholikern, Zyrrhotikern, Kindern usw., sind dieselben geradezu kontraindiziert. Viele enthalten zur Versüßung und besseren Konservierung Glyzerin, sind also geradezu schädlich. Die Einführung eines wässerigen Chinaextraktes, wie das Extractum chinae Nanning, muß also, nach dem Gesagten, mit Genugtuung begrüßt werden, und tatsächlich sind auch die mit demselben in vielen Fällen und von zahlreichen Autoren vorgenommenen Versuche und erzielten Resultate recht ermunternd. Dieses Extrakt wird aus bester roter Chinarinde nach einer eigenen Methode, wahrscheinlich im Vakuum ohne jeden Alkoholzusatz hergestellt und nur jene Stoffe extrahiert, welche therapeutisch von Wichtigkeit sind, während Harze und wachsartige Substanzen in demselben nicht enthalten sind. Die Chinagerbsäure ist als solche enthalten und nicht in Chinarot umgewandelt. Der Alkaloidgehalt ist durchgehends 5 % und haben zahlreiche Untersuchungen gezeigt, daß die Zusammensetzung des Präparates eine stets gleiche ist.

Toff hat nun das Extrac. Nanning in einer großen Zahl seiner Patienten, bei Frauen und Kindern erprobt, und zwar bei chronischen Magenkatarrhen, Verdauungsschwäche,



ranzigem Aufstoßen, Gefühl von Magenvölle, nervöser Dyspepsie und hat gefunden, daß dasselbe alles leistet, was man von einem guten Chinaepräparate erwarten kann.

Regeln beim Zahnziehen nach Dr. Hummel. (Fortschritte der Medizin Nr. 22, 1907.)

1. Überzeuge dich genau, welcher Zahn der Malefikant ist, da die Angaben des Patienten des öfteren falsch sind.

2. Benütze nur desinfizierte Zangen (Kochen!) und laß den Delinquenten vor und nach der Extraktion mit einem passenden Desinfiziens gründlich ausspülen.

3. Setze die Zange ruhig an und fasse den Zahn möglichst tief.

4. Nunmehr: Mäßige Seitenbewegungen und „Zug“, letzteren aber nicht in beliebiger Richtung, sondern: a) nach „außen“ bei allen Promolaren und Molaren“ beider Kiefer; nach „vorne außen“ bei den Schneidezähnen; b) nach „innen“ bei den „Weisheitszähnen“ und bei einwärts schief gestellten Zähnen jeder Art; c) bei Eckzähnen und „Überzähnen“ Zug möglichst genau in der Richtung der Zahnlängsachse.

5. Bei Extraktionen im Oberkiefer beugt man mit Vorteil den Kopf des Patienten stark zurück (NB. „Kragen“ öffnen!) hält ihn mit dem linken Arme fest und zieht mit der anderen Hand; bei den Molarzähnen des Unterkiefers setzt man den Patienten ganz senkrecht und zieht eventuell mit beiden Händen.

6. Brach der Zahn und sind die Wurzeln nicht beim ersten oder zweiten Versuche zu fassen, so mache man keine endlosen „Bohrversuche“, sondern lege einen kleinen Wattepfropf mit einem Tropfen Karbolsäure getränkt in die Alveole und bestelle den Patienten für später, falls die Schmerzen nicht definitiv verschwinden sollten.

7. Bei Anwendung des „Gaisfußes“ sorge man für „Deckung“ der Umgebung (Zunge und Wangenschleimhaut.)

V. Notizen.

Personalnachrichten. Wien. Prof. Ed. Lang wurde zum Hofrate ernannt. — Am 5. d. M. fand unter dem Vorsitze des Priv.-Doz. Dr. Max Herz die konstituierende Versammlung der Gesellschaft für physikalische Therapie in Wien statt. Aus dem 23gliedrigen Vorstande wurden die folgenden Mitglieder in das Bureau der Gesellschaft gewählt: Priv.-Doz. Dr. Max Herz, Präsident; Priv.-Doz. Dr. Alois Strasser, I. Vizepräsident; Dr. Max Kahane, Sekretär; Dr. Oskar v. Hovorka, Sekretär; Dr. Oskar Frankl, Kassier.

Prag. Der mit dem Titel eines außerordentlichen Universitätsprofessors bekleidete Privatdozent Dr. Wenzel Pitha und der Privatdozent Dr. Eduard Babák wurden zu außerordentlichen Professoren an der böhmischen Universität in Prag und zwar der erstere für Geburtshilfe und Gynäkologie, der letztere für Physiologie ernannt. — Dem Priv.-Doz. für Balneologie und Klimatologie an der böhmischen Universität in Prag Dr. Wladislaw Mladějovsky wurde der Titel eines außerordentlichen Universitätsprofessors verliehen.

Krakau. Der Minister des Innern hat den o. ö. Professor der deskriptiven Anatomie der k. k. Universität in Krakau und wirkliches Mitglied der Krakauer Akademie der Wissenschaften Dr. Kasimir Kostanecki zum ordentlichen Mitgliede des k. k. Obersten Sanitätsrates für die restliche Funktionsdauer dieses Fachrates ernant.

Ausbau österreichischer Kliniken. „Zur Förderung der Herstellung und Ausgestaltung klinischer Abteilungen an Krankenhäusern“ wird außer den im Budget festgelegten Beiträgen aus den Kassenüberschüssen, welche der österreichische Finanzminister im Parlamente mit 146 Millionen Kronen bezifferte, die Summe von 8 Millionen aufgewendet werden. Damit wird der Ausbau und die innere Einrichtung der zunächst — in der zweiten Bauperiode — herzustellenden drei medizinischen Kliniken, ferner der laryngologischen und der pädiatrischen Klinik in Wien einen neuen Antrieb erhalten, während die für die dritte Bauperiode reservierten beiden chirurgischen Kliniken eine Erweiterung an der alten Stätte, dem allgemeinen Krankenhause, erfahren sollen. Die Vorstände der beiden chirurgischen Kliniken streben die Errichtung einer Abteilung für Unfallchirurgie und mediko-mechanischer Nachbehandlung Unfallverletzter an, deren Mangel derzeit didaktisch und therapeutisch zu beklagen ist.

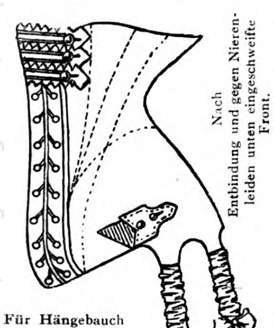
In Reklams Universalbibliothek besitzen die Deutschen ein Bildungselement, wie es in diesem Umfange wohl kein zweites Kulturvolk sein Eigen nennt. Es ist erstaunlich, mit welcher Zähigkeit und Ausdauer das gesteckte Ziel verfolgt wird, nur das Beste aus Vergangenheit und Gegenwart aus der internationalen Literatur in dieses Standard-Work aufzunehmen. Selbst die hervorragendsten Schriftsteller der Jetztzeit haben längst erkannt, daß es kein besseres Mittel gibt, populär zu werden, als in die Universalbibliothek aufgenommen zu sein. Auch die neuesten Nummern dieser interessantesten der existierenden literarischen Sammlungen stehen auf der gleichen Höhe: „Schillers Lied von der Glocke“ mit dem Goetheschen Epilog erscheint von Dr. Wilhelm Pfeiffer zur Aufführung mit lebenden Bildern eingerechnet. Den Erläuterungen zu Meisterwerken der Tonkunst reiht sich als 12. Band Richard Wagners „Rienzi“ an. Dieser folgt Heinrich Lees Lustspiel: „Der siebzigste Geburtstag Torrands“, „Sein Herzenskind“, sowie einige ausgezeichnete Übersetzungen aus dem Russischen und Holländischen. Bald wird diese Bibliothek das fünfte Tausend ihrer Bändchen herausgeben und das Jubiläum eines geistigen Erfolges feiern können, wie es geradezu beispiellos in der Geistesgeschichte dasteht.

Moses und der Schilderung seiner imposanten Persönlichkeit ist einer der neuesten Bände der im Verlage Seemann Nachfolger zu Berlin NW. 87 erscheinenden Serie „Kulturträger“ gewidmet, und wenn für irgend einen aus jenen Zeiten die Bezeichnung „Kulturträger“ Geltung hat, so ist es Moses, der als Befreier seines Volkes und als religiöser und politischer Gesetzgeber seine Wirksamkeit tief und fest in die Geschichte aller monotheistischen Religionen eingegraben hat. „Ein Liebling Gottes und der Menschen, sein Andenken bleibe in Segen“, so singt schon der alttestamentarische Jesus Sirach von ihm, und ähnlich begeisterte Lobredner findet er in der spätchristlichen und spätjüdischen Literatur bis in unsere Tage hinein. Und doch fehlte es bis heute an einer guten, allgemein verständlichen Darstellung dieser Jahrtausende überdauernden Persönlichkeit und an einem Buche, das die Quintessenz aus den zahlreichen, besonders in den letzten Jahren immer häufiger gewordenen Quellenforschungen und wissenschaftlichen Spezialarbeiten zog. Dr. J. Reiner hat auf Grund fleißiger Vorarbeiten und mit feinem Geschmacke die Aufgabe gelöst und sein Buch „Moses und sein Werk“, das mit einer Porträtstudie frei nach Michel Angelo geziert und für 1 Mk. in jeder Buchhandlung zu haben ist, bietet in etlichen neun Kapiteln wohl alles, was ein Gebildeter unserer Tage über Moses' Persönlichkeit, seine Bedeutung für das israelitische Volk, seine Stellung in der heutigen Bibelkritik und seine Einwirkung auf die Fortentwicklung des gesamten religiösen und sittlichen Empfindens der Menschheit wissen muß.

VI. Offene Stellen.

Durch den Rücktritt des derzeitigen Primararztes des St. Josefs-Kinderspitales in Wien kommt diese Stelle mit 1. Januar 1908 zur Besetzung. Bewerber wollen ihre mit dem Tauf- oder Geburtsscheine, dem Heimatsscheine und dem Nachweise ihrer bisherigen Verwendung belegten Gesuche längstens bis 30. November 1907, mittags 12 Uhr, bei der Direktion des St. Josef-Kinderspitales, IV., Kolschitzkygasse 9, überreichen. Später einlangende Gesuche werden nicht berücksichtigt. Wien, am 31. Oktober 1907. Der Direktionsvorstand des St. Josef-Kinderspitales.

Gemeindearztesstelle in Liebenau, Bezirk Freistadt (Oberösterreich). Die Gemeinde hat 2498 Einwohner. Das Fixum beträgt 1440 K und zwar 440 K von der Gemeinde und 1000 K Landessubvention. Gesuche sind bis zum 1. Jänner 1908 an den oberösterreichischen Landesausschuß oder direkt an die Gemeindevorstehung Liebenau zu richten. Anfragen oder Auskünfte werden auch vom Leiter der k. k. Bezirkshauptmannschaft erledigt.



Für Hängebauch und Bruchleiden.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 48. Wien, 30. November 1907. **Nr. 48.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Das 25jährige Gründungsfest des neurologischen Institutes an der Wiener Universität.

M. Samstag, den 23. November 1903 waren 25 Jahre verflossen seit der Gründung des neurologischen Institutes. Aus diesem Anlasse fand im Hörsaale des pharmakologischen Institutes eine Festfeier statt, die sich als großartige Kundgebung und Ovation für den Begründer und Vorstand dieses Institutes, Hofrat Obersteiner, gestaltete. Es hatten sich fast sämtliche Professoren der medizinischen Fakultät mit dem Dekan Professor Paltauf an der Spitze eingefunden, ferner der Dekan der juristischen Fakultät Hofrat Philippovich, Abordnungen der Gesellschaft der Ärzte, des Vereines für Psychiatrie, der morphologischen Gesellschaft des Garnisonspitales, zahlreiche frühere und derzeitige Schüler des Institutes eingefunden, auch das Unterrichtsministerium war durch Sektionschef Chwiklivski und Hofrat Kolle vertreten.

Vorerst begrüßte Lothar v. Frankl-Hochwart die anwesenden Gäste und führte aus, daß die zahlreichen Schüler Obersteiners voll Jubel dieses schöne Fest feiern und voll Stolz über die Ehren sind, welche ihr Führer erfahren hat, sie geloben aufs neue, den Idealen des Lehrers treu zu bleiben, und ihr Feldruf sei: „Heil Obersteiner. Dreimal Heil."

Im Namen der Universität sprach der Dekan der medizinischen Fakultät Professor Paltauf dem Jubilar den Dank der medizinischen Fakultät aus, da nur seinem unermüdlichen Schaffen die Kreierung des Institutes zu verdanken sei.

Die Festrede hielt der Assistent des Institutes, Privatdozent Dr. Otto Marburg. Er schilderte die nicht immer günstigen Geschicke des neurologischen Institutes. Im Jahre 1872 begann Obersteiner in Wien mit seinen Vorlesungen über Anatomie und Physiologie des Nervensystems. Oft wendeten sich damals seine Schüler an ihn mit der Bitte, dasjenige mit ihnen praktisch zu üben, was sie in seinen Vorlesungen gehört. Im Jahre 1882 entschloß sich Obersteiner, zwei seiner Schüler, den Engländer Charles Beevor, den heutigen Präsidenten der englischen neurologischen Gesellschaft, und den Amerikaner Boothe, in seinem Privatlaboratorium zu unterrichten. Einem damals eingebrachten Gesuche um Überlassung eines Raumes im pathologisch-anatomischen Institute behufs Vorbereitung der Vorlesungen konnte mangels verfügbarer Räume nicht Folge geleistet werden. In dem Ministerialerlasse vom 14. Dezember 1882 heißt es: Damit Euer Wohlgeboren jedoch die nötigen Präparate und Apparate dauernd aufbewahren können, wird die Aufstellung eines geräumigen Kastens hinreichen. Dieser Kasten kann als der Ausgangspunkt des neurologischen Institutes betrachtet werden.

Im Jahre 1884 hatte sich Obersteiner bereits zwei Zimmer im Gebäude der alten Gewehrfabrik (k. k. Ärarialgebäude) erwirkt, die er jedoch nach einem Jahre bereits verlassen mußte, um in ein Zimmer im neuen Universitätsgebäude neben dem Archäologischen Institute zu übersiedeln.

Nach nur einjährigem Verbleibe war eine Übersiedlung wieder nötig, die das Institut aus ebener Erde in den fünften Stock der Universität brachte. Ein Zimmer wurde durch eine Bretterwand geteilt, um einen gesonderten Arbeitsraum für den Chef zu erhalten. Bald mußte jedoch Obersteiner auch dieses Lokal verlassen, um in die alte Gewehrfabrik zu übersiedeln, wo er ein großes, dreifenstriges Zimmer, ein zweites kleineres, und ein Kabinet, alles im ersten Stock, erhielt.

Schließlich kam das Institut in den ebenerdigen Trakt der alten Gewehrfabrik, wo es einen geräumigen, hellen Arbeitssaal erhielt, daneben ein Zimmerchen für den Vorstand, einen Vorbereitungsraum, dem später ein Zimmer, das Hörsaal und Museum zu gleicher Zeit sein mußte, angegliedert wurde.

Dr. Marburg schilderte noch den übrigen Leidensweg, den das Institut durchzumachen hatte, bis es in den jetzigen Räumen untergebracht wurde, und schloß, indem er dem Gefeierten die von Schülern verfaßte zweibändige Festschrift überreichte, mit den Worten:

„Die heutige Feier soll eine bessere Zukunft einleiten, eine Zukunft, in der nicht mehr um Sein oder Nichtsein des Institutes gekämpft werden soll, sondern in welcher in ruhiger, ernster Forschung die Früchte dessen geerntet werden sollen, was Obersteiner gesät, in der der Kreis seiner Schüler, die ihm ihre wissenschaftliche Existenz danken, noch größer wird, jener Schüler, die auf dem Sockel der von Kauffungens Meisterhand geschaffenen Büste Obersteiners die Worte R. Dohmels setzen könnten:

Du hast uns mehr als Leben,
Du hast uns aus dem Geist,
Der das Leben speist,
Eine Welt gegeben!"



Im Namen der Schüler sprach Professor Redlich: Er gedachte der besonderen, liebevollen Förderung, welche alle Schüler Obersteiners bei ihrem Chef gefunden haben, der Kenntnisse, welche sie im Institute erworben und welche für die weiteren Studien jedes Einzelnen von grundlegender Bedeutung sind. Das neurologische Institut ist für die Schüler ohne Obersteiners Persönlichkeit nicht denkbar, es wird stets das Epitheton „Obersteiners Institut“ behalten. Alle, welche hier gearbeitet haben, fühlen sich als die Teile einer großen Familie. Aus treuer Dankbarkeit haben die Schüler die Obersteiner-Büste gestiftet und eine Obersteiner-Plakette desselben Künstlers.

Dr. Watermann begrüßte den Jubilar im Namen der Gesellschaft der amerikanischen Ärzte in Wien und überreichte das Diplom eines Ehrenmitgliedes dieser Gesellschaft. Professor Shima sprach im Namen der japanischen Ärzte. Hofrat Chrobak überbrachte die Glückwünsche der Gesellschaft der Ärzte, Hofrat v. Wagner des Psychiatrischen Vereines, Hofrat Exner der Gesellschaft für Morphologie.

Hofrat Obersteiner dankte für all die ihm widerfahrenen Ehrungen. Sein Verdienst sei nur gewesen, daß er mit Zähigkeit und Ausdauer bestrebt war, den Beweis zu erbringen, daß seine Anschauung von der Notwendigkeit eines solchen Institutes vollauf berechtigt war. Zum Schlusse dankte der Jubilar für die ihm bewiesene Anhänglichkeit seiner Schüler und für die vielen Aufmerksamkeiten, die man ihm heute erwiesen habe.

*

Aus Anlaß des Jubiläums ist eine Festschrift mit Beiträgen der Schüler Obersteiners erschienen. Die zweibändige Festschrift enthält Beiträge der folgenden Schüler Obersteiners: E. Fuchs, E. Zuckerkandl, G. Bikeles und W. Fromowicz, Lemberg, C. Biehl, R. Hatschek, H. Derler, Prag, A. Pilcz, F. Schlagenhaufer, E. Redlich, R. Sand, Brüssel, W. G. Spiller, Philadelphia, W. Serbsky, Moskau, E. Stransky, H. F. Grünwald, M. Sachs, L. E. Bregman, Warschau, F. Spieler, Ch. E. Beevor, London, L. Frankl-Hochwart, Hermann Schlesinger, S. Erben, Ettore Levy, Florenz, Julius Zappert, M. Großmann, E. Raimann, R. Neurath, Arthur Schüller, Hugo Frey, Alfred Fuchs, Shuzo Kure, Tokio, Koichi Miyake, W. Mager, A. Spitzer nnd Dozent J. P. Karplus, Friedrich Pineles, Viktor Widakowich, Eduard Hulles, Paul Biach, Giulio Bonvicim und Ott Pötzl, Kasimir v. Orzechowski, Otto Marburg.

Die Bedeutung der physikalischen Heilmittel für die Behandlung des Diabetes mellitus.

Von Dr. **S. Munter**, Berlin.

(Schluß.)

Behufs Erzielung dieses günstigen Resultates ist aber eine strenge Individualisierung eines jeden Falles erste Bedingung, unter steter Kontrolle der quantitativen Bestimmung der Zuckeraufnahme und Ausscheidung, und besonders unter Vermeidung von Überanstresgung und Erschöpfung. So beobachtete ich einen sonst kräftigen Patienten der leichten Diabetesform, der wochenlang zuckerfrei blieb, wenn er meist täglich zwei Stunden ritt, der aber nach länger dauerndem, mit größerer Anstrengung verbundenem Reiten wiederholt Zucker ausschied. Man muß also wie bei der Regulierung der Diät, auch bei der Verordnung von Muskelanstrengungen streng individualisieren. In vorgeschrittenen Stadien der Krankheit ist der Diabetiker äußerst hinfällig, von schlaffer Muskulatur, von geringer körperlicher Leistungsfähigkeit und ermüdet leicht. Hier wird man mit Verordnung von Muskelanstrengung vorsichtig sein. Besonders bei der schweren Form im jugendlichen Alter, wo bei dem Ausfalle der Kohlehydrate es schon schwer hält, den Eiweißbestand zu erhalten, muß jede Überanstrengung und Erschöpfung vermieden werden, zumal durch letztere auch der Eiweißzerfall größer wird und leicht Koma erzeugt werden kann. Besonders auf das schlaffe Herz des Diabetikers ist bei Muskelanstrengung zu achten, da es hiedurch, ebenso wie durch fieberhafte Erkrankungen leicht erschöpft wird. Nur unter Kontrolle der Herzleistung, der Zucker- und Stickstoffausscheidung soll die Dosierung der Muskelleistung sein, zumal der Diabetiker an Toleranz, den Zucker wie ein Gesunder zu verbrennen, eingebüßt hat. Bei kräftigen, muskulösen, plethorischen, überernährten Diabetikern leichter Form, die zu größeren Muskelanstrengungen noch fähig sind, die nicht zu leicht ermüden, deren Herzkraft noch gut und bei welchen ferner die Muskelbewegung einen günstigen Einfluß auf die Zuckerverbrennung hat, und bei welchen nach einer solchen Arbeit die Glykosurie abnimmt, keine Erhöhung in der N-Ausscheidung eintritt, wird man im allgemeinen starke Muskelbewegungen empfehlen können. Wegen ihrer genauen Dosierung ist besonders das Gehen in der Ebene, das Bergsteigen und das Radeln zu berücksichtigen. Bei allen Bewegungen ist aber die stete Kontrolle des Körpergewichtes, des Herzens, der Glykosurie und der N-Ausscheidung ebenso notwendig, wie bei der Verordnung der Diät. Wo dagegen das Herz eine besondere Aufmerksamkeit beansprucht, wo die Körperbewegungen weniger den Konsum steigern, als vielmehr eine Kraftanbildung bewirken sollen, wo kurz die Schonung eher angezeigt ist, wird man mit Hilfe der manuellen respektive der maschinellen Heilgymnastik unter steter ärztlicher Kontrolle die Körperbewegung der Herzkraft anzupassen suchen. Die Fähigkeit des Diabetikers, durch Muskelarbeit Kohlehydrate zu verbrennen, ist geringer als bei einem gesunden Organismus unter gleichen Verhältnissen, nach meinen Berechnungen verbrennt der Diabetiker durch eine bestimmte Muskelarbeit etwa $1/_5—1/_{10}$ Teil an Zucker einem Gesunden gegenüber. Doch sind hiebei bedeutende individuelle Schwankungen vorhanden, die jedoch unabhängig sind von der etwaigen Toleranz für Zuckerverwertung durch sonstige Assimilation. So hat ein Patient v. Mehrings bei einer Arbeit von drei Stunden mit einer Gesamtleistung von 63.000 *kgm* nur 10 *g* Zucker verbrannt, und zwar noch nach Einnahme von 150 *g* Brot, während ein Gesunder für diese Arbeit 100 *g* Kohlehydrate brauchte. Einen Beweis für die individuelle Schwankung jener Fähigkeit zeigt folgendes Beispiel. Ein Kranker schied nach Einnahme von 150 *g* Brot 31 *g* Zucker aus und verbrannte bei einer Arbeit von 63.000 *kgm* 19 *g* Zucker, also doppelt so viel als der erste Patient, obwohl dieser bei Einnahme von 150 *g* Brot nur 10 *g* Zucker ausschied. Also obgleich ersterer eine doppelte Toleranz für Zuckerverbrennung durch Verdauung hatte, hatte er nur die halbe Toleranz, den Zucker durch Muskelarbeit zu verbrennen. Man wird also auch bei der Zuckerverbrennung durch Muskelarbeit auf die quantitative Bestimmung der Kohlehydratein- wie -ausfuhr achten müssen; da der Diabetiker nur $1/_5—1/_{10}$ Nutzeffekt der Arbeit eines Gesunden hat, das heißt nach Angaben von Zuntz, nach welchem Autor normal 35% der Arbeit als nutzbarer Effekt, während 65% in Wärme verwandelt werden, können wir beim Diabetiker nur $1/_{15}—1/_{30}$ des gesamten Nutzeffektes bei der Zuckerzersetzung durch Muskelarbeit in Anrechnung bringen, während wir die Mehrzersetzung durch Eiweiß oder besser durch Fett decken müssen. Aus dem Gesagten geht aber auch hervor, daß bei Kranken, die schon an und für sich schwer zu ernähren sind, wie mittelschwere und schwere Diabetiker, man mit anstrengender Muskelarbeit, die den Konsum steigert, vorsichtig sein muß. Auch wird man für die Konsumbewegung kombinierte Muskelbewegung, bei denen eine größere Gruppe von Muskeln tätig ist, heranziehen, da die Präzisionsbewegung an Apparaten bei großer Leistung leicht Nervenerschöpfung bewirkt. Außer dem Gehen in der Ebene kann als Konsumbewegung noch das Steigen bezeichnet werden.

Nehmen wir an, daß ein 75 *kg* schwerer Mann in der Stunde 3·6 *km* mit 10% Steigung zurücklegt, so wird er in drei Stunden 10·8 *km* mit 1080 *m* Steigung leisten; also für die Steigung leistet er 75 × 1080 = 81·000 *kgm* und für den Weg $\frac{10.800 \times 75}{12}$ = 67·500 *kgm*, im Summa 148.500 *kgm* Nutzeffekt, dem entsprechend bei 35% Nutzeffekt und 65% Wärmebildung, und 425 *kg* = 1 Kalorie zirka 1000 Kalorien also = 250 Zucker als Verbrennungswert bei einem Gesunden, und wenn wir bei einem Diabetiker $^1/_5$—$^1/_{10}$ Toleranzgröße annehmen, so würden durch ein leichtes Steigen von drei Stunden 50—25 *g* Zucker und 86—96 *g* Fett wahrscheinlich von ihm verbrannt werden. Noch günstiger würde das Radfahren wirken.

Nach L. Zuntz verbrennt man bei einem Tempo von 9 *km* pro Stunde = 20 Kalorien für 1 *km*, also pro Stunde = 180 Kalorien = 44 *g* Zucker normal von einem Gesunden, oder von einem Diabetiker 10—15 *g* Zucker und 15—18 *g* Fett. Das gewöhnliche Tempo kann bei guter Bahn bis 15 *km* pro Stunde nehmen, der Verbrauch ist nach L. Zuntz 21 Kalorien pro 1 *km*, also pro Stunde 315 Kalorien = 77 *g* Zucker bei einem Gesunden, und bei einem Diabetiker 15—18 *g* Zucker und 25—30 *g* Fett. Da man nun das Radfahren mehrere Stunden fortsetzen kann, so ist es einleuchtend, daß unter Berücksichtigung, daß gerade beim Radfahren das subjektive Ermüdungsgefühl gering ist und infolgedessen leicht Überanstrengung des Herzens eintreten kann, bei leistungsfähigem Zirkulationsapparate und sonstigem Fehlen von Kontraindikationen gegen das Radfahren, man mit Hilfe desselben am leichtesten größere Quantitäten Zucker und Fett verbrennen kann. Nur müssen wir berücksichtigen, daß der Konsum durch Ermüdung, durch größere Belastung, bei Schwächezuständen, bei hoher Außentemperatur vergrößert und der Nettonutzeffekt verkleinert wird, so daß also die zu verbrennende Kalorienzahl steigt, was leicht zur Eiweißzersetzung führen kann. Ebenso wissen wir, daß bei mangelnder O-Zufuhr, wie es leicht bei Überanstrengung der Fall ist, die Muskelbewegung auch auf Kosten N-haltigen Materiales geschieht. Aus diesem Grunde wird man gerade bei Diabetikern darauf achten, Überanstrengungen zu vermeiden. Stets werden die Herzleistung, die quantitative Bestimmung der Zuckereinnahme und -Ausscheidung und das Körpergewicht uns die Grundlage für die Dosierung geben. Steigert sich nach Muskelbewegung die Glykosurie und N-Ausscheidung, nimmt das Körpergewicht ab, so ist die Muskelarbeit behufs Zuckerverbrennung kontraindiziert. In diesen Fällen wird man leichtere Widerstandsbewegung manuell oder an Apparaten zur Stärkung des Herzens, der Zirkulation, Verdauung, Schlaf, des Allgemeinbefindens überhaupt, wie sonstiger vitaler Funktionen heranziehen können. In schweren Fällen von Diabetes ist diese kontraindiziert. Aus dem Gesagten geht hervor, daß die Muskelbewegung nie eine Heilmethode des Diabetes werden kann, sie wird stets nur mit Hilfs- resp. Unterstützungsmittel einer rationellen Ernährungstherapie, welche die Basis einer rationellen Diabetesbehandlung ist, bleiben, Als Ersatz für aktive Muskelbewegung wird oft die Massage vorgeschlagen. Obwohl Finkler durch seine Untersuchungen bewiesen hat, daß wir durch eine allgemeine Muskelmassage auf die Verbrennung des Zuckers einwirken können, so müssen wir auch bei der Anwendung der Massage betonen, daß wir sie nur als ein Unterstützungsmittel der Ernährungstherapie betrachten, daß wir gerne von ihr neben der Ernährung Gebrauch machen werden, zur Erhöhung der Toleranz, zur Besserung des Allgemeinbefindens, zur Bekämpfung einzelner Komplikationen, wir werden sie aber nie, ebensowenig wie die Muskelarbeit oder die sonstigen physikalischen Kräfte, als Heilmethode ansehen können. Die Wirkung der aktiven Bewegung wird sie zwar nie ersetzen, in den leichteren Fällen werden wir sie aber gerne anwenden wegen ihrer günstigen allgemeinen Wirkung, und in schweren Fällen, wo Schwäche und Komplikationen die Übung verbieten, werden wir die Massage als ein Schonungsmittel gerne heranziehen. Schließlich müssen wir noch bemerken, daß der Diabetiker eine sehr empfindliche Haut hat und leicht zu Hautaffektionen neigt, beim Massieren also eine gewisse Vorsicht geboten ist. Aber auch gegen viele Komplikationen des Diabetes werden wir von den physikalischen Heilmitteln mit Dank Gebrauch machen können, wenn wir hier im speziellen die Aufgabe erfüllen, die die Therapie im allgemeinen stellt: die Heilmittel nach physiologischer Erforschung auf Grund des pathologisch-anatomischen Zustandes, auf Basis pathologisch-physiologischer Vorgänge so zu gebrauchen, daß wir mit ihrer Hilfe individualiter die natürlichen Heilbestrebungen wissenschaftlich, das heißt bewußt und wissentlich zu lenken und leiten uns bemühen. (Berl. klin. Wochenschr.)

32. Hauptversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

(Schluß.)

10. Das Pavillonsystem verdient besonders bei großen Krankenhausanlagen den Vorzug. Aber auch bei der Pavillonanlage wird man für manche Krankengruppen nicht auf Korridorhäuser verzichten dürfen, die für kleinere Anstalten am zweckmäßigsten sind. Augen-, Ohren-, Halskranke, Rheumatiker, Nierenkranke und Deliranten sind in den Korridorhäusern meist besser aufgehoben wie in den meist allzu luftigen und aus verschiedenen anderen Gründen weniger geeigneten Pavillons.

11. Bei dem Generalplan einer Krankenhausanlage sind nicht nur alle hygienischen und ärztlich-technischen Forderungen zu berücksichtigen, so weit sie sich auf die Trennung der Geschlechter, der inneren, chirurgischen und Infektionsabteilungen und die Unterbringung des Hauspersonals beziehen, sondern vor allem auch die Gruppierung des Operations-, Röntgen-, Turn- und Badehauses, sowie der Apotheke und Wirtschaftsgebäude auf das sorgfältigste zu überlegen, damit sie von den Krankenstationen leicht erreicht werden können und die wichtige Frage des Speisentransports bestmöglichst gelöst wird.

12. Während alle diese Fragen bei kleineren Pavillon- und den Korridoranstalten nur geringeren Schwierigkeiten begegnen, wachsen letztere beträchtlich mit der Größe der Krankenhäuser, die in reinem Pavillonstil erbaut sind.

13. Diese Schwierigkeiten haben zu mancherlei Auswegen geführt. Man hat die Zahl der Geschosse auf drei bis vier vermehrt oder durch langgestreckte Pavillons in geringeren Abständen von einander oder durch Verbindungsgänge die Mängel der Anlage zu beseitigen gesucht. Allen diesen Auswegen haften aber solche Fehler an, daß man ihnen nur mit bestimmten Einschränkungen zustimmen darf.

14. Bei der Innenanlage der verschiedenen Anstaltsgebäude ist der übersichtlichen Anordnung der Einzelräume, den Belichtungs-, Lüftungs- und Heizungsverhältnissen die größte Sorgfalt zu widmen. Labyrinthische Gliederungen sind streng zu vermeiden. Die Anlage der Wände, Türen und Fußböden verdient größte Sorgfalt. Die Fenster aller Krankenräume sind möglichst bis zur Decke zu führen und nicht nur mit großen, einen freien Ausblick gestaltenden Fensterflügeln, sondern auch mit Kippflügeln zu versehen. Die jetzt bei Wohnhäusern vielfach beliebte Butzenscheibeneinteilung ist zu bekämpfen. Außer der vom Wartepersonal leicht zu handhabenden Lüftung mit Kippflügeln sind die sonst üblichen automatischen Ventilationsvorrichtungen nicht zu umgehen. Für die Heizung kommen nur zentrale Anlagen in Betracht, ebenso für die elektrische Beleuchtung.

15. Während einem großen Teile der in den Korridorhäusern gelegenen Krankenräumen der Nachteil anhaftet, daß sie bei entsprechender Tiefe nicht immer genügend zu belichten und schwierig zu lüften sind, auch eine zu ausgiebige



Luftverbindung zwischen den einzelnen Geschossen und den zahlreichen Einzelräumen fast unvermeidbar ist, bieten die Pavillonanlagen andere Fehler, die zum Teile zwar vermieden werden können, zum Teile dem System anhaften. Für Augenkranke sind die von zwei oder gar drei Seiten belichteten Pavillons nicht brauchbar, Rheumatismuskranke sind zu viel Zug ausgesetzt u. a. m. Die übermäßige Größe der Pavillonsäle bedingt viele Schattenseiten: Infektionen können sich einer größeren Krankenzahl mitteilen, die Gemütlichkeit fehlt, unruhige, in sozialer Beziehung ungünstige Elemente stören 30 und mehr Kranke gleichzeitig.

16. Absonderungsräume sind daher nötig für unruhige, sterbende, übelriechende und vor allem für infektionsverdächtige Fälle. Diese Räume müssen so gelegen sein, daß wenigstens vorübergehend eine wirkliche Abtrennung möglich ist. Auf Kinderabteilungen kann man durch verstellbare Boxes einen Notbehelf schaffen — besondere Isolierzimmer sind vorzuziehen, am meisten sind kleine Isolierpavillons zu empfehlen.

17. An sonstigen Nebenräumen sind außer guten Wohnzimmern für das Pflegepersonal hinreichend große Räume für Teeküchen, Anstaltswäsche- und Kleidermagazine vorzusehen. In dieser Beziehung sind an vielen Orten Fehler gemacht.

18. Auch bei den Badezimmern ist auf genügende Größe Wert zu legen; Wascheinrichtungen müssen für die Aufpatienten in genügender Zahl vorhanden sein. Die Abortanlagen sind möglichst groß vorzusehen. Sie dürfen keine Gerüche in die Krankenräume abgeben und müssen leicht erreichbar sein. Ihre Größe ist so zu bemessen, daß Auswurf, Harn, Erbrochenes und Stuhlentleerungen bis zur ärztlichen Besichtigung aufbewahrt und die betreffenden Gefäße daselbst leicht gereinigt werden können. Die Anlage von besonderen Desinfektionseinrichtungen auf den Krankenstationen für die Behandlung der Wäsche, des Auswurfs und sonstiger Entleerungen von Kranken ist überflüssig und durchaus nicht wünschenswert.

19. Für die von den Kranken mitgebrachte Kleidung sind besondere Gelasse nötig. Nur für kleinere Anstalten genügt ein zentraler Aufbewahrungsraum, für große (mit tausend und mehr Betten) sind vielfach Kammern einer zentralen vorzuziehen.

20. Wohl aber sind tadellose zentrale Anlagen für die Desinfektion der verdächtigen Kleidungsstücke, der infizierten Wäsche und dergleichen nötig, während die Abwässer der Krankenstationen am zweckmäßigsten in Sielgrubenhäusern desinfiziert und alle festen infektiösen Abfälle, wie gebrauchte Verbandstoffe usw., in eisernen Behältern gesammelt und im Verbrennungsofen vernichtet werden müssen.

Der Korreferent Baurat F. Ruppel, Hamburg, unterbreitete dem Kongresse folgende Leitsätze:

Für die hygienisch einwandfreie und zweckmäßige bauliche Gestaltung eines modernen Krankenhauses kommen vom wirtschaftlich-technischen Standpunkte folgende wesentliche Gesichtspunkte in Betracht:

1. Für die Gesamtgruppierung der einzelnen Teile eines Krankenhauses gilt als Hauptsatz: Möglichste Trennung aller für den eigentlichen Krankendienst bestimmten Gebäude oder Räume von allen übrigen Räumen und Nebenbetrieben, scharfe Trennung der Infektionskranken von den allgemeinen Kranken und möglichste Scheidung der Kranken nach Geschlecht, Krankheitsgattung, Alter usw.

2. Wenn auch aus allgemeinen hygienischen Rücksichten eine möglichste Dezentralisierung aller Kranken anzustreben ist, so erscheint doch aus wirtschaftlichen Gründen bei kleineren und mittleren Anstalten bis zu etwa 200 Betten die Vereinigung in einem einheitlichen Bau durchaus zweckmäßig und bei Berücksichtigung der Forderungen der modernen Gesundheitstechnik auch hygienisch unbedenklich. Bei größeren Anstalten verdient jedoch das Pavillonsystem jedenfalls den Vorzug. Bei letzterem sind alle Gebäude übersichtlich, zweckentsprechend und den freien Luftströmungen gut zugänglich, außerdem aber derart anzuordnen, daß die einzelnen Betriebe sich nicht gegenseitig stören.

3. Nach der Grundrißgestaltung der Krankengebäude sind drei Hauptarten zu unterscheiden, nämlich: Korridorbauten, Pavillonbauten und kombinierte Pavillon-Korridorbauten, von denen jede Art bestimmte Vorzüge besitzt und daher je nach dem zu erfüllenden Zwecke zur Anwendung zu bringen ist. Bei der großen Verschiedenheit der Bedürfnisse und Zwecke in den allgemeinen Krankenhäusern haben sich, in Deutschland wenigstens, stereotype Grundrißformen nicht herausgebildet. Gegen die große Mannigfaltigkeit der Grundrißgestaltung selbst sind im allgemeinen so lange keine Bedenken zu erheben, als die Forderungen der Gesundheitstechnik überall befriedigend erfüllt werden.

4. Die Geschoßzahl der Krankengebäude soll, abgesehen von dem Kellergeschoß, aus hygienischen und wirtschaftlichen Gründen möglichst nicht über zwei (Erdgeschoß und Obergeschoß) hinausgehen, wobei es keinem Bedenken unterliegt, in einem dritten Stocke oder ausgebautem Dachgeschosse Wohnungen für Personal und sonstige Räume unterzubringen.

5. Bei der Konstruktion der Krankengebäude und ihrer baulichen Durchbildung muß als Leitstern dienen die möglichst ausgiebige, direkte Zuführung von Licht und Luft zu allen Räumen, sowie möglichste Erleichterung der Reinhaltung der Räume, und zwar nicht nur aller Bauteile derselben, sondern auch der Luft und aller Gegenstände in ihnen. Alle Konstruktionsmaterialien müssen leicht reinigungsfähig und desinfizierbar sein; besondere Beachtung verdienen hiebei die Fußböden, Wände und Decken.

6. Die Desinfektion von Wäsche, Fäkalien usw. sollte, soweit es sich nicht um gemeingefährliche, ansteckende Krankheiten handelt, aus wirtschaftlichen, praktischen Gründen nicht dezentralisiert, sondern möglichst zentralisiert werden.

7. Für die Heizung, Lüftung und Warmwasserbereitung werden am zweckmäßigsten zentrale Anlagen vorgesehen. Am besten bewährt haben sich die Niederdruckdampfheizungen und Warmwasserheizungen, auf deren gute, sachgemäße Herstellung sowohl im hygienischen Interesse, als auch im Interesse eines ökonomischen und durchaus sicheren Betriebes das größte Gewicht zu legen ist. Für die Lüftung der Krankenräume sind zwar die überall herzustellenden Kippflügel der Fenster von großer Bedeutung, für eine notwendige, ständig wirkende Ventilation sind jedoch künstliche Lüftungseinrichtungen nicht zu entbehren. Von diesen verdient die Pulsionslüftung, die sich allerdings auch am teuersten stellt, wegen ihrer jederzeit sicheren, beliebig zu regulierenden Wirkung vor allen anderen den Vorzug, zumal dieselbe auch eine Reinigung der Luft durch Filter und dergleichen gestattet.

8. Einer besonders sorgfältigen baulichen Durchbildung bedürfen die Operationsräume in bezug auf leichte Reinhaltung und Ausspritzbarkeit, auf reichliche, reflexfreie Lichtzuführung möglichst reiner Frischluft usw.

9. Die modernen hydrotherapeutischen Anlagen erfordern neben einem allgemeinen zentralen Ruhe- und Ankleideraum einen größeren Duscheraum für die verschiedensten Wasser- und Dampfduschen, für ein Bassinbad usw., während je nach Erfordernis noch weitere Badeeinrichtungen, Dampf- und Heißluftschwitzkästen, elektrische Lichtbäder, Sool-, Kohlensäure-, Moorbäder permanente Wasserbetten und dergleichen auf einzelne Räume zu verteilen sind. Alle für Badezwecke dienenden Räume sind besonders widerstandsfähig gegen die Einwirkungen der Feuchtigkeit, des Dampfes usw. herzustellen.

10. Die Wirtschaftsräume (Koch- und Waschküche) sind für einen guten Betrieb mit einer gewissen Weiträumigkeit und bereits bei der ersten Anlage schon mit Rücksicht auf spätere Erweiterungen herzustellen. Neben den Dampfkocheinrichtungen empfehlen sich für direkte Feuerungen Gasherde und Gasöfen. In größeren Anlagen erweist sich oft die Verbindung maschineller Anlagen mit der Kesselanlage zur Erzeugung von Elektrizität für Licht- und Kraftzwecke, für Eisbereitung und zum Betrieb für Pumpen bei einer eigenen Wasserversorgung und zu sonstigen Zwecken als sehr wirtschaftlich.



11. Mit Rücksicht auf die nicht unerheblichen Kosten moderner Krankenhausbauten erscheint im Interesse einer gesunden Weiterentwicklung des Krankenhausbauwesens und einer größeren Verbreitung desselben auch auf kleinere, weniger finanzkräftige Gemeinden, eine strenge Sparsamkeit in allen Dingen, die dem eigentlichen Zwecke nicht dienen, geboten, jedoch ohne daß die hygienischen Forderungen irgendwie beeinträchtigt werden.

12. Zur Sicherstellung eines glatten, ordnungsmäßigen und sparsamen Betriebes sind die vielgestaltigen und zum Teil komplizierten Einrichtungen eines Krankenhauses so zu gestalten, daß sie für das Betriebspersonal möglichst leicht verständlich sind und ihre Handhabung eine über ein gewisses Maß hinausgehende Mühe und Sorgfalt nicht erfordert. Je mehr die Fortschritte der Gesundheitstechnik diesem wichtigen Gesichtspunkte Rechnung tragen, um so wertvoller werden sie für die weitere Entwicklung des Krankenhausbauwesens sein.

II. Referate.

Bakteriologische Untersuchungen über ein neues Formalin-Desinfektionsverfahren, das Autanverfahren. Von Privatdozent Dr. med. Selter.

Das Bestreben, ein unter allen Umständen brauchbares und leicht auszuführendes Formalindesinfektionsverfahren einzuführen, mußte darauf gerichtet sein, ein Mittel ausfindig zu machen, welches ermöglichte, selbsttätig und rasch genügende Mengen Formalin- und Wasserdämpfe in den Raum zu bringen. Natürlich müßte dieses Mittel alle hygienischerseits an ein Formalin-Desinfektionsverfahren zu stellenden Anforderungen, welche Flügge in seiner in der Zeitschrift für Hygiene 1898 erschienenen Arbeit in präziser und heute noch maßgebender Weise aufgestellt hat, erfüllen. Flügge sagt darin: Von einem zur praktischen Desinfektion geeigneten gasförmigen Desinfiziens muß man verlangen:

1. Daß es sich leicht und sicher herstellen läßt und daß innerhalb einer bestimmten, nicht zu langen Zeit (eines Tages oder einer Nacht) Absterben der Krankheitserreger eintritt.

2. Daß es in eine gewisse Tiefe dringt, also frische und angetrocknete Sputa in nicht zu dicker Schicht. Diphtheriemembranen, auf porösen Stoffen (Kleider, Betten, Wäschestücken) eingetrocknete Exkrete an der Innenseite sicher sterilisiert werden.

3. Daß durch das Desinfiziens keine Beschädigung der Gebrauchsgegenstände erfolgt und kein Geruch hinterbleibt.

4. Daß das Desinfektionsmittel nicht zu teuer ist.

Ein Präparat, das jene Anforderungen erfüllen soll, hat Eichengrün gefunden. Dieses Präparat, das sogenannte Autan verlangt, um für die Wohnungsdesinfektion in Wirksamkeit treten zu können, nur einen Eimer und ein Gefäß mit Wasser, Dinge, die sich doch wohl überall beschaffen lassen werden. Das Autan ist ein gelbliches Pulver mit schwachem Formalingeruch, der aber durch die Verpackung nicht hindurchdringt, so daß man es ohne jede Belästigung längere Zeit im Zimmer aufbewahren kann. Es besteht aus einem Gemisch von polymerisiertem Formaldehyd und Metallsuperoxyden in einem bestimmten Verhältnisse, und hat die Eigenschaft, daß, wenn man es mit Wasser übergießt, schon nach wenigen Sekunden eine Gasbildung unter starker Temperaturerhöhung eintritt, welche so lebhaft wird, daß in kurzer Zeit dichte Formalin- und Wasserdämpfe emporsteigen. Diese Reaktion tritt so plötzlich ein, daß es gar keinen Zweck hat, den zu desinfizierenden Raum sorgfältig abzudichten, da die Formalindämpfe sich alsbald auf den in dem Raume befindlichen Gegenständen niederschlagen und eine leichte Ventilation gar keine Rolle spielt. Größere Ventilationsöffnungen, Fenster, Klappen usw. wird man natürlich schließen, braucht sie aber nicht mit Watte abzudichten. Die Formalindämpfe lassen sich leicht und ausreichend in einfacher Weise entfernen, indem man etwas Chlorammonium mit Ätzkalk nach der Desinfektion in den Eimer, in dem sich ja dann eine stark alkalische Flüssigkeit befindet, hineinwirft; es entwickeln sich dadurch selbsttätig genügende Mengen von Ammoniak.

Das Präparat wurde dem Hygienischen Institute in Bonn, sowie auch anderen Instituten zugesandt und S. übernahm die Aufgabe, durch bakteriologische Untersuchungen zu prüfen, wieweit es zur Desinfektion von Krankenzimmern und anderen Räumen zu verwerten sei.

Die Vorzüge des Autan-Desinfektionsverfahrens sind vor allem folgende Punkte, welche das Verfahren zur Einführung in die Praxis empfehlen.

1. Es ist denkbar einfach und allenthalben auszuführen auch an solchen Stellen, wo man bisher die Apparate nicht gut gebrauchen konnte, bei Kleiderschränken, Bücherschränken, Kisten, Droschken, Eisenbahncoupés usw.

2. Die Formalinmenge kommt plötzlich und auf einmal in den zu desinfizierenden Raum. Das hat den Vorteil, daß einmal eine bedeutend kürzere Zeit der Einwirkung nötig sein wird; die Grenze dieser Zeit wird noch durch genauere Untersuchungen festzustellen sein; vorläufig möchte ich vorschlagen, mindestens 4 Stunden einwirken zu lassen. Weiter hat man den Vorteil, daß der Raum nicht sorgfältig abgedichtet zu werden braucht. Die Zeit hiefür fällt also fort und ebenfalls die Zeit zur Entwicklung der Formalin- und Wasserdämpfe.

3. Das Präparat kann leicht überall hingeschafft werden, entweder durch den Arzt selbst oder durch einen Boten, der es aus der Apotheke holt.

2. Desinfektoren sind nicht mehr erforderlich. Einen wird man allerdings beibehalten müssen, der das Zimmer in Ordnung bringt, d. h. alle Gegenstände so stellt, daß ihre Oberfläche voll den Dämpfen ausgesetzt wird; sodann sind weiter die übrigen Vorschriften der Desinfektionsanordnung, Abwischen der sichtbaren Flecke des Bodens mit Sublimatlösung usw. festzuhalten.

Die Desinfektion des Bodens kann unterstützt werden dadurch, daß man etwas Pulver auf den Boden streut, besonders in die offenen Ritzen und Ecken.

Außer zu Desinfektionszwecken kann das Autan auch gut zur Desodorierung verwandt werden, z. B. von Leichenzimmern, übelriechenden Eisschränken usw. Man streut zu diesem Zwecke entweder das trockene Pulver aus, wobei sich infolge der Luftfeuchtigkeit langsam Formalindämpfe bilden, oder man bringt die Reaktion durch Übergießen von Wasser auf einmal zustande. (Münchener medizinische Wochenschr. Nr. 50, 1906.)

*

Erfahrungen über Lumbalanästhesie mit Novokain. Von Dr. R. Henking.

Bereits in früheren Jahren wurden an der Marburger Klinik ab und zu Lumbalanästhesien ausgeführt. Als Injektionsflüssigkeit wurde damals das Kokain benutzt. Es konnte dieses Verfahren aber niemals ein allgemeineres werden, vielmehr blieben die einzelnen Fälle immer nur Versuche, einmal wegen der relativ großen Gefährlichkeit, und dann wegen der unangenehmen Nachwirkungen, die das Kokain verursachte. Von neuem wurden wir wieder angeregt durch die Mitteilungen Biers vom Chirurgenkongreß 1905. Waren doch auch jetzt Ersatzprodukte des Kokains erschienen, die, bei fast der gleichen Wirksamkeit, weit weniger giftig waren. In kurzen Zwischenräumen folgten sich das Stovain, das Alypin und das Novokain.

H. sagt:

Unsere Beobachtungen erstrecken sich in ungefähr einem halben Jahre auf 160 Fälle.

Zur Verwendung gelangte ausschließlich das von den Höchster Farbwerken hergestellte und in den Handel gebrachte Novokain. Wir benutzten meistens die in den zugeschmolzenen Phiolen sterilisierte und zur Injektion sofort gebrauchsfertige 5 %ige Novokainlösung. Verschiedentlich haben wir uns auch die Lösung selbst hergestellt, sei es



durch Auflösen von Tabletten in sterilem Wasser, sei es unmittelbar im Liquor cerebrospinalis, nachdem die Tabletten zuvor in die Injektionsspritze hineingebracht waren. Von der letzten Art haben wir aber bald wieder Abstand genommen, da es doch immerhin eine geraume Zeit dauert, bis sich die Tabletten vollkommen gelöst haben. Einerlei war es aber, in welcher Form wir das Novokain in den Duralsack hineinbrachten — ein Unterschied in der Vollkommenheit der Anästhesie oder in der Schwere der Nachwirkungen ist uns bei keiner der drei verschiedenen Injektionsarten aufgefallen.

Die Methode der Injektion ist genau die von Bier angegebene. Die Punktion wird immer in der Mittellinie vorgenommen. In ganz wenig Fällen kam es vor, daß wir trotz wiederholten Einstiches ein Abfließen von Liquor nicht erreichen konnten; es wurde dann die Injektionsnadel nach der Quinckeschen Vorschrift seitlich eingestochen — nunmehr meist mit dem gewünschten Erfolge. Jedenfalls ist die Punktion von der Mittellinie aus bei weitem einfacher und leichter auszuführen. Niemals wurde die Novokainlösung in den Duralsack eingespritzt, bevor nicht der Liquor cerebrospinalis flott und ganz klar abfloß. War die austretende Flüssigkeit blutig gefärbt, dann wurde so lange gewartet, bis sie ohne Blutbeimischung war. Floß überhaupt kein Liquor ab oder tropfte reines Blut, so wurde die Punktion noch einmal an einem höher oder tiefer gelegenen Zwischenwirbelraume vorgenommen.

Bevorzugt als Ort der Injektion wurde der Zwischenraum zwischen 3. und 4. Lendenwirbel; es standen aber auch keine Bedenken einer Injektion zwischen 2. und 3. oder 4. und 5. Zwischenwirbelraum entgegen.

Die Menge der Infektionsflüssigkeit haben wir im Anfange nach dem Orte bemessen, an welchem die Operation stattfinden sollte. So nahmen wir für eine Laparatomie 2·25 *cm*³ der 5%igen Lösung, für eine Operation am Damm 1 *cm*³. In der letzten Zeit verfahren wir anders, indem wir versuchen, mit geringeren Mengen auszukommen. Das Resultat ist ein gleich gutes. Wir bringen nämlich den Patienten, nach erfolgter Injektion, in eine steile Beckenhochlagerung. So genügen für eine Laparatomie meistens 1·5 *cm*³ der 5%igen Lösung.

Nach einigen Minuten überzeugen wir uns dann mit irgend einem spitzen Instrument von dem Fortschreiten der Anästhesie. Ist diese am Operationsgebiete angelangt, dann wird der Patient wieder in die horizontale Lage gebracht, wenn möglich mit etwas erhöhtem Kopfe. Auch nach beendigter Operation tragen wir Sorge, daß Kopf und Oberkörper, soweit es die Verhältnisse gestatten, für einige Stunden erhöht werden.

Die Anästhesie trat in einigen Fällen unmittelbar nach erfolgter Injektion ein. Durchschnittlich betrug die Zeit 3—4 Minuten; es kamen aber auch Fälle vor, wo erst nach 20 Minuten der erwünschte Grad der Anästhesie vorhanden war. Beim Prüfen dieses Grades wird man natürlich wenig von törichten und ängstlichen Patienten unterstützt. Manche äußern einen lebhaften Schmerz, wenn man sie nur berührt, wieder andere behaupten, noch alles zu spüren, wenn die Operation schon längst im Gange ist. In diesen Fällen ist eben der Tastsinn noch erhalten.

Wir haben bis jetzt die Anästhesie niemals höher wie bis wenig über die Brustwarzen in die Höhe getrieben, da wir Operationen am Thorax mit Lumbalanästhesie noch nicht ausführen.

Trotz vollkommen einwandsfreier Technik war es doch nicht immer möglich, eine gleich tadellose Anästhesie zu erzielen. In manchen Fällen klagten die Patienten über ganz leichte, aber noch ganz erträgliche Schmerzempfindungen, in anderen Fällen war ein unangenehmes Gefühl an der Operationsstelle vorhanden. In 26 Fällen, teils Operationen am Bauch, teils an den Extremitäten, mußten wir noch eine leichte Äthernarkose zu Hilfe nehmen, doch genügten in der Regel ganz wenige Tropfen des Narkotikums.

Ganz selten haben wir vor Beginn der Operation eine Morphiuminjektion gemacht.

Auffallend war es, daß nur in einer ganz beschränkten Zahl ein vollkommenes Erlöschen der Motilität eintrat; meist waren die Patienten imstande, wenigstens mit einzelnen Muskelgruppen noch Bewegungen auszuführen. Bei einzelnen trat überhaupt keine Lähmung der Beine ein, so daß sie nach Beendigung der Operation oder Untersuchung sofort wieder gehen und stehen konnten, allerdings dann mit einem leichten Gefühl der Unsicherheit in den Beinen.

In 3 Fällen war die Anästhesie an beiden Körperhälften nicht gleich gut. In dem einen Falle handelt es sich um eine Keilosteotomie an beiden Füßen wegen hochgradigen Klumpfußes. Hier bestand eine mäßig starke rhachitische Verkrümmung der Wirbelsäule. In den beiden anderen Fällen — Exstirpation von Varizen an beiden Unterschenkeln — war eine Veränderung an der Wirbelsäule nicht wahrzunehmen. Es handelt sich hier also wohl um eine Injektion des Anästhetikums zwischen die Fasern der Kauda.

Daß aber auch bei einer sehr starken Verkrümmung der Wirbelsäule die Lumbalanästhesie mit Erfolg ausgeführt werden kann, zeigte uns folgender Fall: Bei einem 41 Jahre alten Mädchen mit einer äußerst hochgradigen tuberkulösen Verbiegung der Brust- und Lendenwirbelsäule mußte eine Resektion des an Tuberkulose erkrankten Schambeinastes vorgenommen werden. Die Verbiegung, besonders der Lendenwirbelsäule, war so stark, daß es kaum möglich war, den geeigneten Intervertebralraum aufzufinden. Gegen alles Erwarten gelang die Punktion des Duralsackes sofort; die Anästhesie war eine vorzügliche.

Die Dauer der Anästhesie schwankte zwischen 1 und 6 Stunden. Im Durchschnitt war sie nach $2^1/_2$ Stunden wieder geschwunden.

Unter 160 Fällen hatten wir einen vollständigen Versager. In einem Falle war es nicht möglich, trotz wiederholten Versuches, mit der Nadel in den Duralsack zu gelangen; es mußte die Allgemeinnarkose angewandt werden.

Wenig Schwierigkeiten hatten wir immer mit intelligenten und gebildeten Patienten; viele verlangten sogar, wenn möglich, eine „Einspritzung in den Rücken". Anders mit unserer recht wenig intelligenten Landbevölkerung. Die Einspritzung ließen sie sich gerne gefallen, die meisten warteten dann aber darauf, daß sie einschliefen oder betäubt würden. Eine Suggestionsnarkose mit der großen Äthermaske, natürlich ohne Äther, brachte immer den gewünschten Erfolg.

Im ganzen haben wir in 160 Fällen die Lumbalanästhesie ausgeführt. Davon waren 116 männlichen und 44 weiblichen Geschlechtes. Das Alter der Patienten sshwankte zwischen 5 und 77 Jahren.

Sehr zufrieden waren wir mit der Rückenmarksanästhesie bei einer vaginalen Untersuchung, wegen Verdachtes einer Erkrankung der Adnexe. Die vollständige Erschlaffung des Constrictor cunni und der Bauchdecken machten die Untersuchung äußerst leicht.

Einen Todesfall infolge der Lumbalanästhesie haben wir nicht zu beklagen.

Irgendwelche das Leben bedrohende Zufälle haben wir nie erlebt, vor allem niemals die geringste Beeinflussung des Atemzentrums.

Oft waren wir in der Lage zu beobachten, daß die Gesichtsfarbe der Patienten auffallend blaß wurde, auch wurde der Puls mitunter kleiner und beschleunigt. Subjektiv klagten die Patienten über starkes Herzklopfen. Immer war dieser Zustand aber ein rasch vorübergehender; ein Schluck Wein oder etwas warme Milch halfen schnell darüber hinweg.

Brechreiz während der Operation war oft vorhanden.

Ein- oder mehrmaliges Erbrechen kam vierzehnmal vor, und zwar bei 4 Operationen an den Extremitäten und bei 10 Operationen, bei welchen das Bauchfell mehr oder weniger stark gezerrt werden mußte. Auch hier glaubt H. nicht, daß der Lumbalanästhesie allein die Schuld gegeben werden darf, sondern daß der vom Bauchfell ausgehende Reiz die Ursache abgibt.



Einen unwillkürlichen Abgang von Flatus, Kot und Urin haben wir mehrfach gesehen.

In der Regel blieb die Lumbalinjektion ohne weitere Nachwirkungen. Da unsere Patienten stets wie zu jeder Narkose gefastet haben — ein sicherer Erfolg der Lumbalanästhesie ist eben noch nicht mit Bestimmtheit vorauszusagen und es kann immer noch die Allgemeinnarkose notwendig werden — so nahmen sie fast immer nach Beendigung der Operation sehr gerne etwas zu sich. Am häufigsten waren die Klagen über Kopfschmerzen, die von nur leichter Benommenheit des Kopfes bis zum heftigsten Schmerze auftraten. Im ganzen klagten 23 Patienten, etwas häufiger Frauen wie Männer. Fast immer waren die Schmerzen am nächsten Morgen verschwunden, in wenigen Fällen hielten sie ein bis zwei Tage an, in einem Falle aber fast sechs Tage. Linderung brachte in leichten Fällen immer 0·3 Pyramidon, in ganz schweren Fällen eine Morphiuminjektion.

In der letzten Zeit hat H. zweimal, angeregt durch die Mitteilung von Chaput (Zentralblatt für Chirurgie Nr. 26, 1906) bei tagelang bestehenden sehr heftigen Kopfschmerzen eine nochmalige Punktion des Duralsackes vorgenommen — und zwar mit überraschendem Erfolge.

Eine 4 Tage lang anhaltende aseptische Meningitis konnten wir einmal beobachten. Es bestand lebhaftes Erbrechen, Nackensteifigkeit und eine Druckempfindlichkeit der Dornfortsätze der Halswirbelsäule bei starken Kopfschmerzen. Spontan gingen diese Beschwerden wieder zurück.

In einem Falle trat nach 14 Tagen eine Abduzenslähmung des rechten Auges ein, die aber innerhalb 3 Wochen wieder verschwand.

Vereinzelt wurde ein hoher Fieberanstieg, einmal bis zu 39°, am Tage der Injektion beobachtet.

Appetitlosigkeit, Brechreiz und Erbrechen waren selten und meist nur während des ersten Tages vorhanden. Nur in ganz wenig Fällen hielten diese Erscheinungen länger an, einmal bis zu 5 Tagen.

Eine Inkontinenz von Blase und Mastdarm war in zwei Fällen die Folge der Injektion. Nach 8 bezw. nach 10 Tagen waren keine Störungen mehr vorhanden.

Über leichte Schmerzen an der Injektionsstelle wurde mitunter geklagt. Bei einem Patienten traten sie erst drei Wochen nach der Injektion ein, sollten aber wohl nur den Grund geben länger in der Klinik bleiben zu können.

Ein Patient hatte nach der Injektion eine Parese im linken Beine, die aber nach 5 Tagen spontan zurückging. Eine Patientin klagte einige Tage lang über ziehende Schmerzen in beiden Beinen.

Wir sind mit den Erfolgen der Lumbalanästhesie bis jetzt außerordentlich zufrieden.

Gegenüber der Allgemeinnarkose scheint uns ein großer Vorzug darin zu liegen, daß die Operation als solche auf den Gesamtorganismus weit weniger eingreifend und erschütternd wirkt.

Auffallend gut wurde die Anästhesie von alten Leuten, Kindern und elenden und schwächlichen Personen vertragen. Die meisten Nachwirkungen und eine weit weniger sichere und nicht so schnell eintretende Anästhesie sahen wir bei jungen und kräftigen Leuten.

Wir wenden die Lumbalanästhesie grundsätzlich bei allen Operationen an den Extremitäten und an der Anal- und Inguinalregiou an. Bei Bauchoperationen haben wir uns bis jetzt nur auf die Probelaparotomie, auf die Entfernung des Wurmfortsatzes und auf die transperitoneale Nephrektomie beschränkt.

Die nur in einer geringen Zahl auftretenden Nachwirkungen wiegen nicht schwerer wie die bei der Allgemeinnarkose.

Wertvoll ist die Möglichkeit, während der Operation von dem Patienten die Erlaubnis zu einem größeren Eingriffe einzuholen.

In der Regel kann man den Narkotiseur entbehren, was besonders bei Operationen auf dem Lande von Bedeutung ist. Die Gefahr für das Leben scheint geringer zu sein wie bei der Narkose. Eine postoperative Pneumonie haben wir niemals beobachtet.

Zu verwerten ist die Lumbalanästhesie bei schwer septischen, ängstlichen und aufgeregten Patienten.

Da unsere Erfolge mit dem Novokain nichts zu wünschen übrig lassen, haben wir uns noch nicht veranlaßt gesehen, ein anderes Anästhetikum zu benutzen. Gerade die bedrohlichen Zufälle, die verschiedentlich bei dem Stovain beobachtet worden sind, besonders eine Beeinflussung des Atemzentrums, sind bei uns bisher niemals vorgekommen. (Münchener med. Wochenschr. Nr. 56, 1906.)

*

Neuralgien und ihre Behandlung. Von Professor O. Schultze, Bonn.

Man versteht unter Neuralgien diejenigen Schmerzen, die innerhalb der die Gefühlsempfindungen vermittelnden Nervensubstanz entstehen, dem Verlaufe dieser Nervenbahnen folgen und sich durch große Intensität und anfallsweises Auftreten auszeichnen. Es können dabei nachweisbare Veränderungen der Nervensubstanz vorhanden sein oder fehlen. Fehlen sie, so handelt es sich um sogenannte reine Neuralgien.

Eine Hauptursache für Neuralgien geben die Entzündungen des Nerven- oder des diesen umgebenden Gewebes ab. Diese Entzündungen verlaufen oft unter Reizerscheinungen, die rein neuralgischen Charakter haben und sind infolgedessen klinisch nicht von den sogenannten reinen Neuralgien zu trennen, so die Trigeminusneuralgien bei Zahnveränderungen, die neuralgischen Schmerzen der Rückenmarkserkrankungen, die Ischias, die Neuralgien bei Gicht, Nierenentzündung und Alkoholvergiftung; bei all diesen Erkrankungen hat man allmählich mehr und mehr Degenerationszustände des Nervensystems kennen gelernt. Ferner haben Infektionskrankheiten und sicher ebenfalls die Erkältungen, besonders die Einwirkung kalter, schneidender Winde auf den überhitzten Körper Neuralgien im Gefolge, wenn die Art der Einwirkung auch vielfach noch rätselhaft ist.

Nach Ausschaltung all dieser Formen bleiben noch viele Neuralgien übrig, bei denen eine gröbere organische Störung der Nerven nicht angenommen werden kann, so die seelisch bedingten bei Neurasthenikern, die sogenannten Beschäftigungsneurosen als Folge angestrengter Tätigkeit, die bei der Arterienverkalkung auftretenden Neuralgien und die bei Stoffwechselstörungen wohl infolge toxischer Einflüsse bedingten Neuralgien.

Bezüglich der Symptomatologie ist zu bemerken, daß die bekannten Druckpunkte fehlen oder vorhanden sein können. Man darf sich nicht auf die verschiedenen angegebenen Stellen beschränken, sondern muß auch die Nachbarschaft absuchen. Zu starker Druck ist zu vermeiden. Die Festlegung soll niemals durch direktes Fragen, sondern durch die Beobachtungen von Zuckungen, Abwehrbewegungen und Pulsveränderungen geschehen. Das Vorhandensein von Hyper- oder Anästhesien deutet wohl stets auf organische Veränderungen im Nerven. Die Reflexe fehlen in vielen Fällen.

Die Diagnose der heftigen Neuralgien, wie Ischias und schwerer Trigeminusneuralgie ist einfach. Nicht echte, reine Neuralgien sind die Bernhardtsche Meralgia paraesthetica im Bereiche der Fascia lata, die Achillodynie, eine Erkrankung eines in der Nähe der Achillessehne gelegenen kleinen Schleimbeutels, die Tarsalgie und Metatarsalgie, gewöhnlich im Bereiche des Metatarsophalangealgelenkes der vierten Zehe.

Die Differentialdiagnose bei Ischias hat mit Coxa vara zu rechnen, die durch eine Röntgenaufnahme sichergestellt wird. Die Verwechslungen mit Erkrankungen der Symphyse des Kreuzbeines usw. werden sich leichter vermeiden lassen als 1. mit dem intermediären Hinken (Erb) — hier fehlen die Schmerzen in der Ruhe und entstehen beim Gehen — 2, mit der jüngst von Wilms beschriebenen Lymphangitis rheumatica chronica — kommt wesentlich im Bereiche des Nervus tibialis und meist bei Frauen, die einen Gelenksrheumatismus überstanden haben, vor. Auch Plattfüße können

Ischias vortäuschen. Bei doppelseitiger Ischias ist an eine Erkrankung der Cauda equina zu denken.

Bei der Trigeminusneuralgie kommt differentialdiagnostisch am häufigsten die Stirnhöhlenerkrankung in Betracht. In 2½ Jahren sind dem Vortragenden unter 16 Fällen sechsmal Katarrhe der Stirnhöhlen begegnet. Ferner ist auf Symptome zu achten, die für ein meningeales oder zerebrales Leiden sprechen.

Brachiale Neuralgien können durch Erkrankungen der Schulter und der Wirbel vorgetäuscht werden. Verwechslungen mit Paralysis agitans sind nicht selten.

Die genaue ätiologische Ursache der Nervenschmerzen ist natürlich von bestimmendem Einflusse für die Therapie. Bei den rein psychischen Formen ist die Behandlung der zugrunde liegenden Krankheit nötig. Grob-mechanische Ursachen, wie Geschwülste, sind durch Entfernung des Druckes (Operation) zu beseitigen. Sind derartige entfernbare Ursachen nicht vorhanden oder ein sonstiges besonders zu behandelndes Grundleiden nicht auffindbar, so werden bekanntlich bei allen Neuralgien besonders frischer Art chemisch wirkende Mittel in Anwendung gebracht.

Sie helfen gewiß vielfach bei frischen Neuralgien, so die Salizylpräparate, vor allem das Aspirin und Novaspirin, und ebenso alle anderen bekannten sonstigen sogenannten Antineuralgien, die man nicht aufzuzählen braucht, vom alten Chinin an bis zum Pyramidon. Helfen sie nicht, so wurde Arsenik versucht oder das Akonitin, von dem z. B. Barber gute Erfolge gesehen haben will. Er gab es in der Dose von 1 *dmg* dreimal täglich. Manche wollen auch von starken Strychningaben Erfolg gehabt haben. In manchen Fällen sowohl von Trigeminusneuralgie und von Ischias haben auch Abführmittel gute Dienste geleistet.

Hieran reihen sich die Naegelschen Handgriffe, die allerdings bei schweren Fällen im Stiche lassen. In vielen Fällen, doch meist zu unsicher, hat sich der galvanische Strom bewährt.

Eine gemischte, physikalisch-chemische Therapie stellt die Einspritzung von Morphin, Akonitin, Argent. nitr., Alkohol, Kochsalz, Osmiumlösung, Methylenblau, Luft, Wasser. Antipyrin u. a. in die Nervenbahnen dar. Besonders sind hier das Schlössersche und Langesche Verfahren zu erwähnen. Lange wendet eine Lösung von $1/_{00}$ β Eukain in einer Kochsalzlösung von 8 pro mille an, und spritzt in den Ischiadikusstamm selbst ein, indem er in der Nähe des Tuber ischii etwa 7—7½ *cm* in die Tiefe geht. Man rejiziert 70 bis 100 cm^3 und steigt bis 170 cm^3 (Umber).

Trotz der vielen Mittel ist die chirurgische Operation in einzelnen Fällen nicht zu umgehen. Die Durchschneidung und Resektion der Nerven führt bald zu Rezidiven. Die Krauseschen Ganglienresektionen sind die einzigen rationellen Operationen, doch hat Krause 11% Mortalität, andere Operateure 22—26%. Außerdem sind Mißerfolge beobachtet worden (Garré). Empfohlen wurde zur Erreichung sicherer Resultate, die Knochenaustrittsöffnungen zu plombieren oder die Nerven bei Resektionen nicht glatt zu durchschneiden, sondern herauszureißen. Bardenheuer hat bei fünf Fällen von Ischias in vier Fällen dauernde Heilungen erhalten, dadurch, daß er die Nerven aus den Knochenkanälen entfernte und sie in Weichteile bettete. (Neorinsarkoklesis.) (Die Heilkunde Nr. 5, 1907.)

*

Einfluß des Alkohols auf die Hautreflexe. Von F. Lussanna.

Die thermischen Hautreize verursachen, auch wenn sie beschränkt sind, dauerhafte Veränderungen des Tonus aller Skelettmuskeln; diese Veränderungen sind von Wichtigkeit für die Wärmeregulierung, weil auf Kältereize eine Erhöhung und auf Wärmereize eine Herabsetzung des Tonus folgt. Die Modifikationen des Tonus sind von Reflexnatur und treten auch unabhängig vom Einfluß des Bulbus ein.

L. hat beobachtet, daß der Alkohol in den ersten Stunden nach der Einführung die Tendenz hat, den spinalen Reflextonus aufzuheben, so daß der doppelte Schutz, den der Organismus gegen niedrige Temperaturen der Umgebung besitzt, und der in der Zusammenziehung der Hautkapillaren und in der Erhöhung der Tonizität der Muskeln besteht, mehr oder weniger schwer durch den Äthylalkohol herabgesetzt werden kann. (Arch. di Fisiol. IV/1.)

III. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 31. Oktober 1907.

Arthur Goldreich zeigt ein Kind mit einer ungewöhnlichen Osteopathie bei hereditärer Lues (bereits einmat vorgestellt am 31. Mai 1906). Es wurde damals die Differentialdiagnose Ossifikationshemmung (Osteogenesis imperfecta) oder hereditäre Lues gestellt. Man fand damals einerseits eine Ossifikationshemmung des Schädelskelettes, andererseits eine entzündliche Hyperostose der langen Röhren- und kurzen Knochen. Dasselbe Virus hat also an dem Schädelskelette aus uns unbekannten Gründen zu einer Ossifikationshemmung, an den langen Röhren- und kurzen Knochen zu einem entzündlich hyperplastischen Prozeß geführt. Im weiteren Verlaufe kam es durch Osteochondritis der Schulter und Ellbogengelenke zur Pseudoparese des rechten Armes. Eine antiluetische Kur hatte Erfolg; Beweis, daß die ganze Affektion auf hereditärer Lues beruhte. Auch die Schädeldefekte schlossen sich und die entzündlichen Hyperostosen der Röhrenknochen gingen zurück. Lues des Vaters konnte erwiesen werden.

Fritz Spieler hat vor zwei Jahren in der „Zeitschrift für Heilkunde“ einen analogen Fall beschrieben. Auch damals kam Spieler zur Wahrscheinlichkeitsdiagnose „hereditäre Lues“.

Karl Hochsinger weist auch auf die Lues hereditaria als die Ursache derartiger Erkrankungen hin und meint, daß möglicherweise manche als Osteogenesis imperfecta beschriebenen Fälle (Schädelknochendefekte und kallusähnliche Hyperostosen an den Röhrenknochen) auf angeborener Lues beruhen.

Theodor v. Escherich hat gleichfalls eine eigenartige Knochenaffektion bei hereditärer Lues beobachtet, die zu einem an Osteomalazie erinnernden Krankheitsbilde führte.

Otto Marburg stellt einen Fall von Zerebellartumor vor. Seit einem Jahre Sehstörung, Kopfschmerz, rheumatoide Schmerzen, Gangstörung, Größenzunahme des Schädels mit allgemeiner Fettsucht. Es besteht Stauungspapille, Ataxie. Es handelt sich wohl um einen Tumor im oberen Teile des Wurmes, der durch Druck Hydrops des dritten Ventrikels und zur Alteration der Hypophysis erzeugt. Vortr. bespricht im Anschlusse an diese Demonstration die Adipositas universalis bei Hirntumoren, und hält diese für eine Folge der Hypophysisveränderung.

Lothar v. Frankl-Hochwart weist auf die Heiterkeit und Euphorie, die bei Tumoren mit ähnlicher Lokalisation vorkommen.

Julius Zappert stellt ein sechsjähriges Kind mit einer ausgedehnten poliomyelitischen Lähmung beider Arme vor. Die Lähmung an den Armen umfaßt die gesamte Schultermuskulatur mit Ausnahme des Levator scapulae, des Trapezius und des Serratus magnus, ferner sämtliche Muskeln der Ober- und Unterarme mit Ausnahme des Flexor carpi ulnaris und der Fingerbeuger, und rechts außerdem auch die Muskeln des Daumens. Man muß annehmen, daß die Vorderhornzellen des Rückenmarkes in der Höhe des fünften, sechsten und siebenten Zervikalnerven vollständig zerstört sind. Auffällig sind hiebei die Beteiligung des Supra- und Infraspinatus, deren Nervenzentren zum Teile im vierten Zervikalsegment, also in derselben Höhe wie die des intakt gebliebenen Nervus phrenicus sich befinden sollen, und andererseits die Un-



versehrtheit des Musculus serratus magnus, der seine Nervenfasern aus dem erkrankten fünften Zervikalsegmente beziehen soll. Solche Fälle beweisen, wie unsicher die Beziehungen einzelner Muskeln zu Lokalisationen in bestimmten Höhen des Rückenmarkes sich darstellen. Die Prognose des vorgestellten Falles ist in bezug auf die Wiederherstellung eine vollkommen ungünstige, vielleicht ist etwas durch Arthrodese im Schulter- und Ellbogengelenke zu erreichen, indem die Arme so fixiert werden, daß die Kleine mit einer Hand zum Munde, mit der andern zur Analgegend gelangen kann.

Ludwig Moszkowicz bespricht das chirurgisch-orthopädische Vorgehen in diesem und ähnlichen Fällen und demonstriert die guten Resultate an einem von ihm operierten Kinde.

Karl Hochsinger demonstriert einen 13jährigen Knaben mit unterhalb des Rippenbogens durch die Bauchdecken fühlbarer Herzspitze. Die Herzspitze reicht unter den linken Rippenbogen herunter, obere Herzgrenze zwischen vierter und fünfter Rippe, nach rechts Grenze zwei Querfinger vom rechten Sternalrand. Systolische und diastolische Geräusche über allen Ostien. Die eigentümlichen Lageverhältnisse dieses Herzens, das Heruntergedrängtsein der Herzspitze und des rechten Ventrikels in den Bauchraum lassen sich auf folgende Weise erklären: Nach einer Endopericartitis rheumatica stellte sich eine Mediastinopericarditis ein, welche zur Verwachsung des Herzbeutels mit dem Herzen und zur Fixation an der vorderen Brustwand führte. Der Herzklappenfehler sowohl als auch die Konkretion führten zu wachsender Hypertrophie und Dilatation des Herzens; da dasselbe an der vorderen Brustwand fixiert war, konnten die Dilatation und Hypertrophie sich nicht nach links und oben entwickeln, sondern mußten zu einem abnormen Vorrücken des immer mehr sich vergrößernden Herzens nach unten und rechts Anlaß geben, wobei selbstverständlich das Zwerchfell nach unten zu vorgestülpt werden mußte. So kam es, daß die Herzspitze in diese tiefe Lage geriet und daß die Herzspitze sowohl als auch ein großer Teil des rechten Ventrikels weit unterhalb des Rippenbogens durch die Bauchhaut hindurch fühlbar geworden sind.

Robert Koenigstein stellt einen Säugling mit Taenia cucumerina vor. Seit zwei Monaten Abgang von Taeniagliedern. Als Antihelmintikum wurde mittels Sonde $^1/_2$ *g* Extr. filic. mar. aether. in Syr. menthae in den Magen gegossen, jedoch wurde etwa die Hälfte erbrochen. Nach Verabreichung einer kleinen Menge Kindermeths gingen nach mehreren Stunden drei vollständige Würmer ab, die sämtliche Charaktere der Taenia cucumerina zeigten. Die Taenia cucumerina kommt bei zirka 50% von Kindern und Katzen vor. Eine direkte Infektion durch Spielen mit einem Hunde oder einer Katze ist in diesem Falle nicht nachweisbar gewesen, vielleicht ist die Infektion durch äußere Parasiten dieser Tiere (etwa Flöhe), in denen eine Entwicklungsform dieser Taenie lebt, zustande gekommen.

Ferner zeigt Koenigstein einen sechs Monate alten Säugling mit Pemphigus contagiosus. Der Ausschlag ist seit vier Tagen geheilt, man bemerkt bloß sehr zahlreiche zyklisch und polizyklisch begrenzte Pigmentflecke auf dem Stamme und im Gesichte. Da man wegen des Alters des Kindes von einem Pemphigus neonatorum nicht sprechen konnte, mußte das Krankheitsbild als P. infantum nach Escherich oder allgemeiner als P. contagiosus bezeichnet werden. Der vorgestellte Fall stellt einen Beleg für die Identität des P. contagiosus und der Impetigo contagiosa dar.

Anton Ghon demonstriert anatomische Präparate eines Falles von infektiös-embolischem Aneurysma der Arteria iliaca communis dextra. Defekt der Vorhofscheidewand und der Trikuspidalklappe. Das Präparat stammt von einem elfjährigen Knaben. Der Defekt in der Vorhofscheidewand war angeboren, der in der Trikuspidalklappe entstand infolge ulzeröser Endokarditis, das Aneurysma ist auf mykotische Embolie infolge der Endokarditis zurückzuführen.

Fritz Spieler demonstriert ein 14jähriges Mädchen mit symmetrischer, gürtelförmiger, in der Taillengegend lokalisierter Vitiligo. Vorausgingen der Vitiligo heftige, von der Pat. als Gefühl des Wundseins geschilderte Parästhesien — genau den jetzt depigmentierten Stellen entsprechend. *i. m.*

IV. Aus der Praxis.

Erfahrungen über Jod-Fersanpastillen. Von Dr. Viktor Herrling. (Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Mähr. Landeskrankenanstalt in Brünn. Vorsteher Prim. Dr. Spietschka.) (Klinisch-therap. Wochenschr. Nr. 10, 1907.)

Verf. berichtet über seine Versuche mit Jod-Fersan, Pastillen bei Lues und bei solchen Hautkrankheiten, bei welchem Anämie und Unterernährung als Grundursache der Erkrankung sichergestellt wurde. Die Patienten erhielten dreimal täglich je 3—4 Pastillen durch mehrere Wochen. In Übereinstimmung mit Prof. Benninghoven in Berlin konstatiert Verf. vor allem die leichte Resorbierbarkeit der Jod-Fersanpastillen, indem schon kurze Zeit nach der Darreichung sowohl im Harne als im Speichel Jod leicht nachzuweisen war. Die mit Jod-Fersanpastillen nach mehrmonatlicher Beobachtungszeit erzielten Erfolge lassen nach Verf. den Schluß zu, daß Jodkali in Verbindung mit Fersan wirksamer sein müsse, als Jodkali allein, ohne dessen unangenehme Nachwirkungen zu teilen, denn niemals konnte Jodakne oder Jodschnupfen beobachtet werden. Schließlich berichtet Verf. über eine Reihe von mit Jod-Fersan behandelten Patienten, bei denen eine oft auffallende Appetitsteigerung und eine mitunter erhebliche Gewichtszunahme konstatiert werden konnte.

Über Jodofan, ein verläßliches Ersatzmittel des Jodoform. Von Dr. Allina, Assistent an der Allgemeinen Poliklinik, Wien. (Therapie der Gegenwart Nr. 7, Berlin 1907.)

Jodofan, das in erster Linie für die Chirurgie, Dermatologie und Gynäkologie bestimmt ist, und dessen hohe desinfizierende Kraft im bakteriologischen Institute von Dr. Piorkowski, Berlin, erwiesen wurde, wird dem Jodoform analog als Trockenantiseptikum in dünner Schichte auf die Wundfläche resp. kranke Hautpartie gestreut.

A. verwendet mit Vorliebe Jodofangaze (chem. Institut Dr. Horowitz, Berlin), die — ein nicht zu unterschätzender Vorzug vor fast allen anderen Wundheilmitteln — ohne jeden fremden Zusatz hergestellt und sterilisiert ist. Die Gaze hat dadurch ihre Weichheit und volle Aufsaugungsfähigkeit bewahrt. A. äußert sich über seine Erfolge mit der Jodofangaze folgendermaßen: „Ich habe täglich zirka 40 bis 50 Fälle in dieser Weise behandelt und muß der Wahrheit gemäß konstatieren, daß in keinem Falle Ursache vorhanden war, zu einem anderen Präparate zu greifen.

Die gute Aufsaugungsfähigkeit der Gaze und die kräftig desinfizierende Wirkung des Jodofans haben den Effekt, daß die Umgebung der Wunde von weiterer Infektion verschont wird, trotzdem der Verband nicht jeden Tag gewechselt wurde, und daß nie eine Erweiterung des Schnittes nach einem operativen Eingriffe bei Panaritien, Phlegmonen usw. notwendig wurde. Die Sekretion geht leicht und rasch vor sich und dauerte viel kürzere Zeit, als dies sonst der Fall war, so daß oftmals schon beim dritten Verbandwechsel die Wunden gereinigt erschienen und frische Granulationsbildung in der Tiefe der Wunde sich zeigte. Dadurch kommt es zu rascherer Aushöhlung der Wundhöhle, erstaunlich schnell zur vollkommenen Überhäutung und damit zur Abkürzung der Behandlungsdauer.“

Die größere Sicherheit in der Behandlung mit Jodofangaze im Gegensatze zu der mit Jodoformgaze illustriert nachstehendes:

„Einer dieser Fälle ist besonders erwähnenswert, weil an demselben innerhalb zweier Monate der Unterschied in der Behandlungsdauer sich zeigte, der durch einen Verband mit Jodoformgaze und diesem Präparate hervorgerufen wurde.



Der erste Furunkel bei dem zirka 40jährigen kräftigen Manne entstand vor etwa acht Wochen an der rechten Halsseite. Es wurde ausgiebig kreuzweise indiziert und ein Jodoformverband angelegt. Beim ersten Verbandwechsel nach zwei Tagen zeigte sich ein ausgebreitetes Jodoformekzem, das sehr unangenehme Dimensionen angenommen hatte und die Heilung des Prozesses um drei Wochen verzögerte, so daß Patient erst in der fünften Woche arbeitsfähig wurde. 14 Tage später zeigte sich am Nacken ein ebenso großer Furunkel, der in derselben Weise inzidiert, aber mit Jodofangaze behandelt wurde. Nach fünf Tagen war die Sekretion geschwunden und Patient konnte nach weiteren drei Tagen mit einem Pflasterverband seinem Berufe nachgehen.“ Zum Schlusse hebt A. noch hervor, daß er in keinem der Fälle eine entzündliche Reizerscheinung in der Umgebung, weder ein Erythem, noch ein Ekzem gesehen habe.

Die Anwendung von reinem Ichthyol bei Epididymitis gonorrhoica. Von Dr. Cäsar Philip in Hamburg. („Münchner medizinische Wochenschrift“ Nr. 41, 1907.)

Die Ähnlichkeit des Prozesses mit anderen chronisch verlaufenden Entzündungen, ganz besonders mit der Synovitis crepitans veranlaßten ihn, in einer größeren Versuchsreihe reines Ichthyol, das dort seit langem mit gutem Erfolge angewandt wird, zu erproben.

Das Ichthyol bewährt sich hier wieder in seinen Eigenschaften als Antiphlogistikum und Resorbens ganz vorzüglich; das Infiltrat geht auffallend schnell zurück und die Patienten rühmen das prompte Verschwinden der Schmerzen, trotzdem sie ihrem Berufe nachgehen. Der Ausgang der Epididymitis war bei dieser Behandlung sehr günstig. Die zurückbleibenden Schwielen im Nebenhoden waren sehr klein, in einigen Fällen trat sogar komplette Restitutio ad integrum ein. Die neuralgieartigen Schmerzen im Hoden und Samenstrang verschwanden stets prompt.

V. Notizen.

Personalnachrichten. Wien. Dem Direktor der niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke am Steinhof in Wien, Dr. Heinrich Schlöß wurde der Titel eines Regierungsrates verliehen.

Berlin. Prof. Robert Koch wurde zum Wirklichen Geheimen Rat mit dem Prädikate Exzellenz ernannt. — Professor Dr. Max Henkel zum ordentlichen Professor und Direktor der Frauenklinik an der Universität Greifswald.

Am 20. November d. J. wurde ein Denkmal v. Widerhofers in den Arkaden der Universität aufgestellt. Hofrat Th. Escherich hielt die Festrede. Die für dieses Denkmal erforderlichen Mittel wurden durch eine von Prof. Monti geleitete Subskription ausschließlich von Schülern v. Widerhofers aufgebracht.

Zur Vivisektionsfrage. Das Österreichische Ärztekammerblatt schreibt: Dem Vereine der Ärzte von Troppau und dessen Mitgliedern ist ein vom Komitee zur Ärztepetition zur Regelung der



Vivisektionsfrage in Österreich unterschriebener Aufruf, eine Denkschrift und ein Gesetzentwurf zugegangen. Der Verein der Ärzte in Troppau hat sich mit dieser Flugschrift beschäftigt und ist einstimmig zu folgendem Urteile gekommen: Der Verein der Ärzte in Troppau ist in der Meinung, daß die Tierexperimente, welche in unserem Staate vorgenommen werden, von allen den Vorwürfen, welche in diesem Blatte erhoben werden, frei sind; er ist überzeugt, daß diese falschen Anschuldigungen lediglich von gewissen ärztefeindlichen Naturheilvereinen erfunden und verbreitet werden, um den ärztlichen Stand herabzusetzen; er meint, daß die in dem Aufrufe unterzeichneten Ärzte, von denen wohl kaum einer ein Tierexperiment angestellt haben dürfte, am allerwenigsten berufen sind, ein Gesetz über diesen Gegenstand auszuarbeiten; er hält den ganzen Antivivisektionsverein mit seinen Zielen für die medizinische Wissenschaft für schädlich und verurteilt das geringe Verständnis und die Dreistigkeit der unterschriebenen Kollegen, welche sich anmaßen, über Dinge zu urteilen, mit welchen sie nach der Art ihres Berufes nichts zu tun haben. Dr. E. Nießner, Obmann, Dr. Franz Rudolf, Schriftführer. Zur Nachahmung bestens zu empfehlen.

J. Bierbach, „Reallexikon für praktische Ärzte“ (Schreibtischkalender. Dritte bedeutend vermehrte und erweiterte Auflage, Fischers medizinische Buchhandlung, Berlin 1908, Groß-Oktav, Preis Mk. 3.—, gelangt Anfang Dezember wieder zur Versendung. In diesem Nachschlagewerke, das bereits in dritter Auflage erscheint, findet der praktische Arzt alles, was er irgend an Daten und Adressen, medizinischen und pharmazeutischen Notizen gebrauchen kann und schnell nachschlagen möchte.

Medizinalkalender und Rezepttaschenbuch für 1908. Herausgegeben von der Redaktion der Allgemeinen medizinischen Zentralzeitung (Dr. H. Lohnstein und Dr. Th. Lohnstein). 15. Jahrgang. O. Coblentz, Berlin.

VI. Offene Stellen.

Primararztesstelle für die neu errichtete Abteilung für Dermatologie und Syphilis an der mährischen Landeskrankenanstalt in Olmütz, mit einem Jahresgehalte von K 3000, einer Aktivitätszulage jährlicher K 414, einem Wohnungspauschale von K 800 und dem Anspruche auf drei Quinquennalzulagen zu K 400. Bewerber um diese Stelle haben ihre gehörig instruierten Gesuche mit dem Nachweise über die Erlangung des medizinischen Doktorgrades, über ihre bisherige Verwendung, sowie über die vollständige Kenntnis beider Landessprachen, Alter, Stand und österreichische Staatsangehörigkeit bis längstens 30. November d. J. beim mährischen Landesausschusse beizubringen.

Arztesstelle bei der Stadtgemeinde Steyr (Oberösterreich). Bewerber müssen deutscher Nationalität, österreichische Staatsbürger und graduierte Doktoren der gesamten Heilkunde sein und haben als Ausweise den Geburtsschein, den Heimatsschein und das Doktordiplom, sowie die Nachweise über die bisherige praktische Verwendung vorzulegen. Bewerber, welche die Physikatsprüfung abgelegt haben, werden besonders berücksichtigt. Der anzustellende Arzt hat die polizeiärztliche Praxis zu besorgen, als Impfarzt und Totenbeschauer im Rayon der Stadtpfarre in Steyr zu fungieren und muß sich auch als Armenarzt für einen vom Gemeinderate zu bestimmenden Rayon der Stadt verwenden lassen. Auch hat derselbe die Substitution eines vorübergehend verhinderten Arztes im städtischen Spitale bei Krankheits-, Urlaubs- oder Vakanzfällen zu besorgen. Die Anstellung erfolgt vorläufig auf ein Jahr provisorisch und bei zufriedenstellender Dienstleistung nach Ablauf des Jahres definitiv mit den Bezügen der XI. Rangsklasse (K 1600 Gehalt und K 432 Aktivitätszulage).

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels**. — Redaktion und Administration: XIX/₁, Billrothstraße **47**.
Buchdruckerei **Max Werthner**, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 49. Wien, 7. Dezember 1907. **Nr. 49.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13218) zu senden.

Über das Wesen und die Bekämpfung des Gelbfiebers.

Von **Dr. L. Sofer,** Wien.

Die Aussichten, des Gelbfiebers Herr zu werden, sind heute größer als je. Dank der Arbeiten der Liverpooler Schule für tropische Medizin, ferner nord-[1]) und südamerikanischer Forscher ist der Schleier, der diese Krankheit bedeckte, wenn auch nicht ganz, so doch größtenteils gelüftet.

E. A. Goeldi in Pará (Brasilien) hat schon 1904 in einer Abhandlung über die Mücken von Pará eine eingehende Darstellung der Lebensweise zweier brasilianischer Mücken, der Stegomyia fasciata und Culex fatigans gegeben. (Nach Dr. Friedrich Knauer), Os mosquitos no Pará. Extr. do Bol. do Musen Pará. Schon die geographische Verbreitung dieser zwei Mücken, die ganz mit dem Verbreitungsgebiete des Gelbfiebers zusammenfällt, machte sie als Mitschuldige an der Entstehung und Verbreitung des Gelbfiebers verdächtig.

Die ersten Untersuchungen Goeldis galten der Feststellung der Rolle, welche dem Blute der Warmblüter bei Ernährung dieser Mücken zukommt, und der Frage, ob sie mit der Entwicklung der Eier im Zusammenhange stehe. Goeldi hielt die Mücken in eigenen Zwingern, nach Art und Geschlecht getrennt. Die Mücken wurden eine Zeitlang ausschließlich mit reinem Honig ernährt, dann mit Blut. Da stellte sich bezüglich der Culex fatigans heraus, daß diese wildere und scheuere Mücke in der Gefangenschaft nicht zum Blutsaugen zu bringen war. Sie erscheint also gewissermaßen als die minder intelligente und ist auch noch nicht zum ausschließlichen Parasiten des Menschen geworden. Diese Mückenart ist es auch, welche dem Fadenwurm Filaria bancroftii, der bekanntlich in den Lymphgefäßen des Tropenmenschen lebt (Elephantiasis), als Zwischenwirtin dient; die Entwicklung des Wurmes geht in der Brustmuskulatur der Mücke vor sich, während die Larven im Blute des Menschen leben, in das sie eben durch den Stich der Mücke gelangen.

[1]) Besondere Verdienste erwarben sich Reed und Caroll, die den Übertragungsmodus von Moskito auf den Menschen entdeckten.

Bei der ausschließlichen Ernährung mit Honig konnten sowohl die Männchen als die Weibchen beider Mückenarten lange erhalten werden; so blieben Männchen und Weibchen von Culex fatigans im Maximum 56 Tage am Leben, während ein Männchen von Stegomya bei Honigkost 72 Tage lebte und dann entwischte, ein Weibchen derselben Art 102 Tage, 89 Tage davon bei ausschließlicher Honigkost, in der Gefangenschaft aushielt. Aber solche mit Honig ernährte Mücken schritten nicht an die Abgabe der Eier, während die Eiablage sofort oder doch nach wenigen Tagen erfolgte, wenn die Weibchen der Mücken Blut zu sich genommen hatten. Es ist also die Blutnahrung für die Entwicklung der Eier unerläßlich. Jedes Weibchen ist imstande, 85 bis 120 Eier abzulegen und bedarf für die Entwicklung dieser Eier mehrerer Blutrationen, mindestens zweier oder dreier. Wurden von unbefruchteten Weibchen nach erfolgten Blutsaugungen Eier abgelegt, so erschienen sie nicht entwicklungsfähig, zwei bis drei Tage nach erfolgter Abgabe der letzten Eier starben die Weibchen, wenn dies nicht sofort der Fall ist. Aus den Eiern schlüpfen die Larven bei Kulex 43 Stunden, bei Stegomyia 108 Stunden nach der Eiablage aus. Auch wenn den Mücken statt Honig andere pflanzliche Nahrung gereicht wurde, waren die Mückenweibchen außerstande Eier zu legen.

Die Mücke Culex, eine Begleiterin der Stegomyia in allen Gebieten, sticht insbesonders zur Nachtzeit, während letztere nur zur Tageszeit lästig fällt. Von beiden Arten sind neben den normalen Formen auch Zwergformen bekannt, deren geringere Größe jedenfalls auf schlechtere Ernährung zurückzuführen ist. Bei beiden Arten ist die Zahl der Männchen und Weibchen beiläufig die gleiche. Die Weibchen entwickeln sich in der Regel früher.

Wie bei unseren Stechmücken sind es nur die Weibchen, welche Blut saugen, trotzdem werden die Männchen dadurch lästig, daß sie an heißen Sommertagen und dadurch einen, wenn auch nicht schmerzhaften, so doch unangenehmen örtlichen Reiz ausüben. Es ist sehr wahrscheinlich, daß ursprünglich auch die Weibchen, wie heute noch die mit schlechterer Mundbewaffnung bedachten Männchen, keine Blutsauger waren, und erst allmählich mit der Kräftigung ihrer Mundwerkzeuge zum Blutsaugen übergingen.

Von der Mückengattung Stegomyia kennt man heute 21 Arten. Davon entfällt eine Art auf Australien, drei auf Amerika, sechs auf Asien und elf, darunter die größte Stegomyia grantii, die auf Sokotra auftritt, auf Afrika. Man hat daher den Ursprung dieser Mückengattung wohl in Afrika zu suchen, von wo sie sich, wohl mit den Sklaventransporten, weiter verbreitet hat. Mit dem Schiffsverkehr ist diese Mückenart weithin verbreitet worden, und zwar schon vor der Zeit der Dampfer, denn nach den eben besprochenen Fütterungsversuchen läßt sich annehmen, daß ein Mückenweibchen auf einem mit Zucker befrachteten Segelschiffe monatelang auszuhalten vermag.

Nach diesen Voruntersuchungen konnte Goeldi auf dem Berner internationalen Zoologenkongresse die bestimmte Mitteilung machen, daß die Mücke Stegomyia fasciata als die Überträgerin des Gelbfiebers anzusehen ist. 1905 erschien eine umfangreiche, mit zahlreichen Abbildungen illustrierte Schrift: Die Mücken von Pará, Mem. d. Musen Pará, in welcher Goeldi alle seine bisherigen systematischen, biologischen und hygienischen Untersuchungen über die Mücken Brasiliens, die Mücken überhaupt und die Ursachen der Gelbfieberkrankheit zusammensetzt.

Heute kennt man etwa 300 Arten von Mücken. Davon entfallen 111, also mehr als ein Drittel, auf Amerika, davon wieder 46, also ein gutes Drittel auf Südamerika und von diesen 18 auf Pará und Umgebung, wo sie eine wahre Landplage bilden. Diese 18 Arten verteilen sich auf die Gattungen Stegomyia, Kulex, Anopheles, Megarhinus, Janthinosoma, Täniorhynchus, Psorophora, Sabethes, Hämagogus, Limatus und Wyeomyia. Vom sanitären Standpunkte kommen insbesondere die Gattungen Stegomyia fasciata, die im ganzen Gebiete des Gelbfiebers auftritt, die nächtlich stechende Culex fatigans und die Anopheles argyrotarsis in Betracht, welche in Italien und anderen Malariagegenden überall dort vorkommt, wo Malaria herrscht.

Bemerkenswert ist noch, daß die Weibchen besonders blutgierig sind nach erfolgter Begattung. Wenn Sie da einen Menschen überfallen, lassen Sie von ihm nicht früher ab, als bis ihr Darm ganz mit Blut vollgesogen ist. Wenn man bedenkt, daß die Weibchen für alle abzugebenden Eier mehrere Rationen Blut benötigen, sie daher das Blutsaugen öfter wiederholen müssen, wobei die Nachkommen der beim ersten Saugen in den Leib der Mücke gelangten Lebewesen wieder in einen anderen Zwischenwirt gelangen, so zeigt dies deutlich ihre Gefährlichkeit.

Die Analogie zwischen der Malaria und dem Gelbfieber besteht darin, daß es bei der Malaria die Anophelesmücken sind, welche die Krankheit übertragen, beim Gelbfieber die Mücken der Art Stegomyia fasciata. Während aber bei der Malaria die Anophelesmücken nur die Überträger, die Zwischenwirte sind, welche den eigentlichen Erreger der Malaria, das Plasmodium Malariae, aus dem Blute des Malariakranken in das Blut Gesunder übertragen, nimmt Goeldi an, daß die Stegomyiamücken die direkten Veranlasser des Gelbfiebers sind; er steht damit im Gegensatze zu anderen amerikanischen Beobachtern. Goeldi nimmt an, daß in der Speicheldrüse der Mücke selbst giftige Stoffe erzeugt werden, die das Gelbfieber erzeugen. Indem dieses Gift beim Blutsaugen der Mücke in das Blut und mit diesem weiter in das Innere des menschlichen Körpers gelangt, wird die Leber im Kampfe mit dem Gifte und unter dem Einflusse des Giftes selbst Toxine erzeugend, zu außerordentlicher Tätigkeit gebracht, die in dem für das Gelbfieber charakteristischen hochgradigen Ikterus zum Ausdrucke kommt. Es können dabei entstehende Antitoxine von Tag zu Tag diese Toxine kompensieren, es kann aber durch eine Verdauungsstörung, durch einen anderen äußeren auslösenden Reiz zum Ausbruche der Gelbfieberkrankheit kommen, indem die angegriffene Leber die in ihr aufgespeicherten Toxine aussondert. Eine ganze Reihe von Tatsachen läßt diese Annahme, daß ein den Speicheldrüsen entstammender giftiger Stoff als Krankheitserreger wirkt, als plausibel erscheinen. Gegen die Anwesenheit krankheitserregender Mikroorganismen im Blute der Gelbfieberkranken wie bei der Malaria spricht die Tatsache, daß das Gelbfieber nicht wie die Malaria eine bestimmte Zeitdauer vom Beginne der Erkrankung bis zu ihrem Erlöschen aufweist, sondern bald von längerer, bald von kürzerer Dauer ist.

Auf eine Giftwirkung lassen die mehrfachen Analogien in den Krankheitserscheinungen Gelbfieberkranker und von Giftschlangen Gebissener schließen. Und bezeichnend ist es, daß in mehreren Fällen Gelbfieber mit Anwendung von Antikrothalin- und Antibothropinserum geheilt wurde, wie solche Sera gegen den Biß der südamerikanischen Klapperschlange (Crotalus horridus), der Schararaka (Trimeresurus jararaca) und der Labaria (Bothrops atrox) angewendet worden.

(Schluß folgt.)

Feuilleton.

Heilkunst im Bismarckarchipel.

In seinem neuen Buche („Dreißig Jahre in der Südsee“, Strecker und Schröder in Stuttgart) erzählt der Südseeforscher R. Parkinson interessante Dinge über die medizinischen Kenntnisse und Fähigkeiten der Eingeborenen auf der Gazellehalbinsel.

Die chirurgischen Kenntnisse der Eingeborenen erreichen, so schreibt er, in der Behandlung von Schädelbrüchen, die durch Schleudersteine verursacht sind, unstreitig ihren Höhepunkt. Ist ein Eingeborener im Kampfe durch einen Schleuderstein betäubt worden, so schleppt man den Bewußtlosen unverzüglich vom Kampfplatze fort und bringt ihn zu einem Manne, der mit der Behandlung derartiger Wunden vertraut ist. Dieser konstatiert nun zunächst die Natur der Verwundung; hat der Schleuderstein die Schläfe eingedrückt, so erklärt er von vornherein die Verwundung als tödlich und nimmt keine Operation vor. Ist dagegen das Stirnbein eingedrückt, so schreitet er unverzüglich zur Trepanation. Seine Instrumente sind die denkbar einfachsten, ein Obsidiansplitter (Glasachatsplitter), ein scharfer Haifischzahn oder eine geschärfte Muschelschale. Vor der Operation wäscht er seine niemals sehr sauberen Hände mit dem Wasser einer Kubika (Kokosnuß, die voll Wasser ist, aber noch keinen Kern angesetzt hat), mit demselben Wasser wird auch die Wunde sorgfältig gewaschen. Ob diese Flüssigkeit antiseptische Eigenschaften besitzt, vermag ich nicht zu sagen. Mit einem der vorher genannten Schneidinstrumente macht nun der Operateur einen langen Schnitt quer über die Quetschung bis auf den Schädelknochen. Zwei Gehilfen ziehen mittels eines dünnen Rotangfadens, der an einer Haarlocke befestigt ist, die vom Schädelknochen losgelöste Skalpdecke langsam und vorsichtig zurück, bis der Operateur den ganzen verletzten Teil des Schädelknochens bloßgelegt hat. Die nächste Arbeit besteht in der Entfernung der Knochensplitter. Mit einem geschärften Stückchen Kokosschale werden die einzelnen Splitter sorgfältig ausgehoben, bis das Gehirn sichtbar wird. Der Operateur betrachtet dies nun sorgfältig; findet er, daß das Gehirn eine leise, pulsierende Bewegung hat, so ist er sehr befriedigt und verspricht eine schnelle Heilung, gewahrt er jedoch keine Bewegung, dann ist ihm dies ein Zeichen, daß Knochensplitter in das Gehirn eingedrungen, und er macht dann ein bedenkliches Gesicht, gibt jedoch nicht alles verloren, sondern beginnt nach den verborgenen Knochensplittern zu suchen. Hiezu hebt er die Gehirnfalten sorgfältig auseinander, bis er dazwischen verborgene Splitter findet und entfernt; das hiezu verwendete Instrument ist der vorher erwähnte Kokosnußschalensplitter.

Ist nun soweit alles von Erfolg gekrönt, dann beginnt das nächste Stadium der Operation. Das besteht darin, daß



79. Naturforscherversammlung in Dresden.

15. bis 21. September.

L. Geheimrat v. Meyer schilderte in seiner Begrüßungsansprache den Verlauf der ersten Naturforscherversammlung in Dresden im Jahre 1826 und den der zweiten im Jahre 1868 und sagte u. a.: „Während noch in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts die exakten Forscher meist in einsamer Arbeit ihre Ziele zu erreichen suchten, nicht darauf bedacht, Schüler als willkommene Mitarbeiter an ihren Untersuchungen teilnehmen zu lassen, ist allmählich der experimentelle Unterricht in Laboratorien als unentbehrlich erkannt und eingeführt worden.

Die Naturforscherversammlungen legen von diesem Wandel der Anschauungen und der Unterrichtsverhältnisse an den Hochschulen beredtes Zeugnis ab. Naturgemäß war die Folge der auf den Versuch gegründeten Forschungen die Befruchtung mancher Gebiete durch die zuerst in Betracht kommenden Wissenschaften, die Physik und Chemie. Die angewandte Physik und Chemie waren es, die ganz neue Wissensgebiete erschlossen und zur eigentlichen Begründung der neuen Technik dienten. Würden die Naturphilosophen vom Schlage Okens auch heute ihren Ruf ertönen lassen, der Idealismus sei durch die angewandten Wissenschaften bedroht? Vielleicht ja, aber gewiß mit Unrecht! Der Vertreter einer technischen Hochschule hat das Recht und die Pflicht, den durch die Erfahrung begründeten Satz auszusprechen, daß die Entwicklung einer auf wissenschaftlichen Gründlagen ruhenden Technik keine Gefahr für den wahren, gesunden Idealismus bedeutet.

Staatsminister des Kultus und öffentlichen Unterrichtes v. Schlieben hielt folgende Ansprache: „Hochgeehrte Herren! Der König nimmt lebhaften Anteil an Ihren Arbeiten und Bestrebungen. Sie haben es verstanden, die Wissenschaft in Beziehung zu allen Forderungen des praktischen Lebens und insbesondere die Naturwissenschaften in den Dienst der Allgemeinheit zu stellen. Entdeckung folgt auf Entdeckung, und es ist nicht zu kühn, die Naturwissenschaften als die Wissenschaft von den unbegrenzten Möglichkeiten zu bezeichnen.

Die medizinischen Disziplinen sind unermüdlich tätig, den Krankheitserregern nachzujagen und neue Mittel zur Verhütung der Krankheiten zu ersinnen. Das schafft der Bevölkerung die wertvollste Beruhigung; die Bevölkerung weiß, daß sie — dank der unermüdlichen Arbeit der Ärzte — vor Epidemiegefahren geschützt ist. Von den Arbeiten dieser Versammlung erhofft die Bevölkerung reichen Segen.“

Oberbürgermeister Beutler begrüßte die Damen und Herren im Namen der Stadt, Geheimrat Curschmann im Namen der Universität Leipzig; der Rektor der technischen Hochschule, Vertreter der Dresdener ärztlichen und naturwissenschaftlichen Vereine sprachen ebenfalls herzliche Worte des Willkommens. Hierauf begann die wissenschaftliche Arbeit der Versammlung mit einem Berichte der Herren Gutzmer, Halle a. S., und Klein, Göttingen, über die Tätigkeit einer Unterrichtskommission, welche die Ausgestaltung des biologischen Unterrichtes an den reichsdeutschen Gymnasien zur Aufgabe hat.

Geheimer Hofrat Professor Hempel sprach hierauf über die Behandlung der Milch.

Die Behandlung der Milch.

Vom Geheimen Hofrat Professor Dr. W. Hempel.

Deutschland produziert 19 Milliarden Liter Kuhmilch im Werte von 1700 Millionen, den Liter zu 9 Pfennigen gerechnet. Außerdem 60 Millionen Liter Ziegenmilch im Werte von 90 Millionen. Um eine vergleichende Schätzung zu ermöglichen, sei erwähnt, daß die Roheisenproduktion Deutschlands 986,000.000 Mark und die Kohlenproduktion 1.170,000.000 Mark Wert hat.

Während viele Nahrungsmittel in dem letzten Vierteljahrhundert eine sehr große Preissteigerung erfahren haben, ist dies bei der Milch nicht der Fall. Bei einer Preissteigerung von 5 Pfennigen per Liter handelt es sich um etwa 1000 Millionen für die deutsche Landwirtschaft. Es ist unbedingt nötig, daß wir den Landwirten wesentlich mehr bewilligen, wenn dieses notwendige Nahrungsmittel in tadelloser Beschaffenheit geliefert werden soll.

Die Milch ist eine sehr kompliziert zusammengesetzte Flüssigkeit. Die alte Anschauung, daß man es im wesentlichen mit einer Lösung von Milchzucker, Kaseïn und Salzen, die mit Fett eine Emulsion bilden, zu tun hat, ist durch die neueren Forschungen in vielfacher Weise erweitert worden. Nach der Entdeckung der Bakterien und der Erkenntnis der Tatsache, daß eine sehr große Zahl von Kühen in unseren Ställen tuberkulös ist, glaubte man eine hygienisch einwandfreie Milch zu haben, wenn man die Milch kocht oder nach dem Vorgange von Pasteur oder Soxhlet behandelte. Millionen von Kindern sind auf diese Weise mit Erfolg großgezogen worden. Es hat sich aber gezeigt, daß die so verab-

---

der Operateur mit einem scharfen Gegenstande, Obdisidiansplitter oder geschärfte Muschelschale die entstandene Öffnung in der Schädeldecke an den Rändern abschabt, so daß alle scharfen Ecken entfernt werden, bis das Loch rund oder elliptisch ist; dabei wird sorgfältig darauf geachtet, daß die abgeschabten Teile nicht in die Hirnhöhle geraten. Ist auch diese Arbeit verrichtet, so ist damit die eigentliche Operation beendet, und der Operateur tut nun die nötigen Schritte, um die Heilung der Wunde zu befördern. Das in der Schädeldecke gemachte Loch überdeckt er mit einem Stückchen mal, Baststoff aus einem bestimmten Baume, oder mit einem Stückchen Herzblatt einer bestimmten Banane, das erst einige Augenblicke über Kohlenfeuer gehalten wird. Dann werden die Skalplappen langsam und sorgfältig über den Schädel gezogen und in ihre ursprüngliche Lage gebracht. Die Kopfhaare rings um die Wunde werden nun abgeschnitten und das ganze zum Schlusse sorgsam mit dem Wasser einer Kubika gewaschen. Um die Skalplappen in ihrer Lage zu erhalten und dadurch die Heilung zu befördern, wird der Oberkopf nun mit einem enganliegenden weitmaschigen Geflecht aus Rotangstreifen überzogen, das den Namen kalil führt.

Der Operateur könnte nun nach unseren Begriffen mit seiner Arbeit zufrieden sein, aber weit davon entfernt greift er noch zu dem nach seiner Meinung wie nach der Überzeugung seiner Klienten allein wirksamen Mittel, nämlich nach verschiedenen Zaubermitteln, die einzig eine wirkliche Heilung herbeiführen können. In diesem Falle hat man zwei besonders heilkräftige Zaubermittel, mailan und aurur genannt, die in die Luft geblasen werden, dem Operierten um den Hals gehängt oder sonst irgendwo am Körper befestigt werden. Ohne diese Mittel würde die Operation nicht vollständig sein und in der Meinung der Eingeborenen jedenfalls keinen günstigen Verlauf haben.

Es ist zu verwundern, daß die immerhin schwierige Operation in so vielen Fällen erfolgreich ist, obgleich mit den primitivsten Instrumenten, wenn auch mit der größten Sorgfalt operiert wird. Der Operierte ist in der Regel während des Verlaufes der Operation bewußtlos. Die eingeborenen Ärzte tena papait (tena = einer, der geschickt ist, papait = Zaubermittel) sagen mir, daß, wenn einer während der Operation zur Besinnung kommt, er nach kurzer Zeit wieder bewußtlos wird. Ein alter Eingeborener rechnete mir 31 Fälle auf, in denen er die Operation unternommen; von diesen Operierten waren 23 am Leben geblieben; viele davon sind mir vorgestellt worden. Einer von ihnen ist zweimal trepaniert worden, beide Male mit Erfolg, er ist jetzt ein alter Mann, etwa 60 Jahre; die erste Wunde erhielt er als Jüngling, die zweite vor etwa 25 Jahren. Es kann vorkommen, daß nach der Operation eine Geistesstörung eintritt, die entweder permanent oder periodisch ist; aus eigene Anschauung kenne ich jedoch keinen solchen Fall.



reichte Milch in einer sehr großen Zahl von Fällen versagte, so daß man sich nicht der Erkenntnis verschließen konnte, daß die Kinder, die bei dieser Ernährung gediehen, es nur ihrer guten Konstitution verdankten. Jetzt sind die maßgebenden Ärzte alle der Ansicht, daß die Mutterbrust unersetzlich ist.

Als im Jahre 1894 Walter Hesse fand, daß in roher Kuhmilch Cholerabazillen absterben, in gekochter Milch hingegen sich gut entwickeln, bin ich dafür eingetreten, man möge die Milch von gesunden Tieren in möglichster Reinheit gewinnen und in rohem Zustande verabreichen. Inzwischen sind eine große Zahl ausgezeichneter Arbeiten gemacht worden, aus denen hervorgeht, daß die Milch eine Anzahl von Fermenten enthält, die man als Superoxydase, Reduktase, Aldehydase, Peroxydase, Amylase, glykolytisches Ferment, Lipase, Salolase, proteolytisches Ferment, Fibrinferment und bakterizide Stoffe bezeichnet hat. Durch das Eintreten einer Anzahl unserer hervorragendsten Kinderärzte und vor allem durch Behrings Verwendung für die ungekochte Milch ist dieser Ansicht eine große Anzahl von Anhängern gewonnen worden.

Eine wichtige Frage, wo die Ansichten der beteiligten Personen weit auseinander gehen, ist die Frage: Wo sollen die Kühe gehalten werden? Da es wohl unbestreitbar ist, daß die beste Milch von den Kühen erhalten werden kann, die unter den gesündesten Bedingungen leben, so erscheint das Land der gegebene Platz für die Viehhaltung. Dies bedingt jedoch den großen Übelstand, daß man dann die Milch auf weite Strecken versenden muß. Man hat darum bei uns in Europa unter sehr großen Unkosten mitten in den Städten große Viehstände eingerichtet. Notwendigerweise ist da der Grund und Boden, die Häuser, ebenso das Futter, das Einstreumaterial der Ställe, die Abfuhr des Düngers teurer und die Unterhaltungskosten für das Personal viel höher. Es hat den Vorteil, daß man die Milch in kürzerer Zeit an die Konsumenten abliefern kann, als dies vom Lande aus angängig erscheint. Der andere Weg, wie man an die Konsumenten wirklich gute Milch liefern kann, besteht darin, daß man die Kühe auf dem Lande hält, jedoch Mittel und Wege findet, um sie in vollständig unverdorbenem Zustande in die Stadt zu bringen. Das ist der Modus, den die größte Anstalt der Welt, die es zur Gewinnung von guter Milch gibt, die Walker Gordon Co. in Amerika einhält. Man versendet dort Milch auf Entfernungen wie von Dresden nach München oder von Berlin nach Königsberg. Es wird dadurch möglich, daß die Eisenbahnen die Milch mit Expreßzügen wohl gekühlt nach den Städten bringen.

Wollten sich unsere Eisenbahnverwaltungen dazu entschließen, diesen Modus zuzulassen, so wäre die Frage mit einem Schlage für uns gelöst. Unzweifelhaft ist es das beste, die Milch von gesunden Tieren moglichst rein zu gewinnen und in möglichst frischem Zustande zu verbrauchen. Das ist aber nur an wenigen Orten ausführbar, da, wenn die Milch selbst in den großen Städten gewonnen wird, trotzdem halbe und ganze Tage vergehen, ehe die Milch in die Hände des Konsumenten gelangt. Nach den Beobachtungen über die Veränderungen, die die Milch durch Kochen und Pasteurisieren erleidet, müssen alle Manipulationen ausgeschlossen werden, bei denen die Milch durch Erwärmen haltbar gemacht werden soll. Als einziges Mittel bietet sich die Konservierung nach Abkühlung.

Man kann die Milch durch Gefrieren konservieren, wenn sie rein gewonnen und sehr schnell abgekühlt wird, nach dem Auftauen kann keinerlei Änderung ihrer Eigenschaften wahrgenommen werden. Milch konnte in gefrorenem Zustande in einem Gefrierraum fünf Wochen gehalten werden, ohne daß diese an Geschmack verlor, der Bakteriengehalt hatte dabei sogar sehr bedeutend abgenommen. Ein großer Vorteil dieser Methode ist dabei, daß in der festen Milch sich der Rahm nicht von der Magermilch scheiden kann.

Zurzeit ist eine der schwierigsten Fragen, die der Einzelne nicht ohne die Mithilfe des Staates lösen kann, der Transport der Milch auf den Eisenbahnen. Was unseren deutschen Eisenbahnen nach dieser Richtung fehlt, sind Kühlwagen.

Ich bin der Meinung, man sollte noch einen Schritt weiter gehen und geradezu Gefrierwagen bauen, die gleichzeitig den Transport von Fleisch, Fischen, Früchten, Blumen usw. in mustergültiger Weise ermöglichen würden. Der Bau der Kältemaschinen ist heute so vervollkommnet, daß sie sich in einem ganz kleinen Raume oder unter den Wagen anbringen ließen. Bei guter Isolation dürften die Betriebskosten in keinem Verhältnisse stehen zu dem Gewinne, der dadurch erzielt werden kann, daß der Austausch der notwendigsten Nahrungsmittel zum Wohle aller Klassen in billigster Weise erfolgen könnte.

Hierauf sprach Professor Hoche aus Freiburg über die Analyse psychischer Erscheinungen.

Moderne Analyse psychischer Erscheinungen.

Von Professor Dr. Hoche.

Der Vortragende wirft einen kurzen Blick auf die Gesetzmäßigkeiten in der Entwicklung aller Wissenschaften, bei denen Perioden der Vertiefung mit denen einer ins Breite gehenden Kleinarbeit abzuwechseln pflegen. Die Psychologie, worunter hier alle Bestrebungen verschiedener Disziplinen, die der Erforschung des Seelenlebens gewidmet sind, verstanden werden sollen, befindet sich augenblicklich in einem solchen Stadium vielfältiger und vielseitiger Einzelbemühungen. Der Eindruck, den der Fernstehende von dem Zustande dieser Wissenschaft augenblicklich erhält, ist deswegen ein etwas unruhiger und unübersichtlicher, und des Vortragenden Absicht geht dahin, nicht den Psychologen und Phylosophen, sondern Vertretern benachbarter Fächer einen kurzen Abriß der Wege und Strömungen in der modernen Analyse psychischer Erscheinungen zu geben. Das Verhältnis der Psychologie zur Philosophie und metaphysische Fragen bleiben dabei völlig außer Betracht. Die Rede soll nur sein von der Psychologie als Erfahrungswissenschaft.

Ihrem Objekte nach ist die Psychologie nicht Naturwissenschaft, wohl aber nach ihren Methoden und ihren Zielen. Die Entwicklung der Bemühungen um die Einsicht in das Wesen und die Gesetze des psychischen Geschehens haben seit einem Menschenalter starke Wandlungen erkennen lassen. Zunächst ist das breitere Bedürfnis nach exakten psychologischen Anschauungen sehr gewachsen. Nicht nur Physiologie und Psychiatrie, nicht nur die Rechtslehre, sondern auch die Religions- und Geschichtswissenschaft ebenso wie die Kunst zeigen wachsendes Interesse an psychologischen Fragen. Ebensolche Wandlungen sehen wir in der Methode der Forschung. Die Zeiten des unbefangenen Glaubens an die Ergebnisse der einfachen Selbstbeobachtung sind unwiderbringlich vorbei. Diese subjektive Methode ist zahlreichen Täuschungen unterworfen, die zum Teile auch der vergleichenden subjektiven Methode, die ihr Material aus Bekenntnissen, Briefen, Autobiographien und dergl. sammelt, anhaften.

(Fortsetzung folgt.)

III. Referate.

Über die Verwendung des Thiosinamins und Fibrolusins in der Otologie und Rhinologie. Von Dr. L. Hirschland, Ohrenarzt in Wiesbaden.

H. erwähnt, daß er das Thiosinamin jetzt seit zwei Jahren ständig verwendet. Er ist gekommen, weil die Therapie der chronischen Schwerhörigkeit im ganzen eine so trostlose und in vielen Fällen eine so rein symptomatische ist, daß er glaubte, jedes Mittel prüfen zu sollen, welches auch nur einigen Erfolg versprechen kann. H. verwendete es demgemäß zunächst bei Fällen von Schwerhörigkeit, bei denen eine Unbeweglichkeit der Gehörknöchelchenkette und des Trommelfelles bestand, in denen das Trommelfell starke Einziehung und eine stark vorspringende hintere Falte zeigte, ferner bei Fällen, in denen nach chronischen Eiterungen Verwachsungen eines Teiles des Trommelfelles oder des Hammers



mit der Paukenwand bestanden, wenn die Tube eine durch Katheterismus oder durch Sondierung nachweisbare Verengerung zeigte. Sodann versuchte er in den Fällen, in denen das Trommelfell im allgemeinen verdickt und trübe aussah und bei denen die Funktionsprüfung eine Mittelohrstörung, ein Schalleitungshindernis nachwies.

H. begann in der Regel mit einer halben Pravazspritze der 10%igen Glyzerinwasserlösung, die er in der ersten Woche dreimal, in der zweiten Woche sechsmal injizierte, und stieg bereits in der dritten Woche auf sechs Injektionen einer ganzen Spritze.

Seine Behandlung setzte H. oft sehr lange Zeit fort, bis sich eine Wirkung zeigte, in einigen Fällen genügten bereits einige Injektionen, um den gewünschten Erfolg zu erzielen.

H. kann sagen, daß er oft gute Erfolge mit Besserung des Hörvermögens gesehen hat, daß in einigen anderen Fällen das Hörvermögen selbst zwar nicht gebessert wurde, wohl aber das Sausen geringer wurde und die Eingenommenheit des Kopfes, über die vielfach von den Kranken geklagt wurde, schwand.

Sodann will H. noch erwähnen, daß er ein Aufflackern eines alten Entzündungsprozesses selbst dann niemals beobachtet hat, wenn am Trommelfell oder an der durch das Trommelfell sichtbaren Paukenwand eine Injektion zu sehen war. (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 64, Heft 2/3.)

*

Überblick über die Behandlung von 30 Genickstarrekranken mit Jochmannschem Meningokokkenserum. Von Dr. med. Ch. Schoene.

Bei Gelegenheit der Ratiborer Genickstarreepidemie im Jahre 1906 konnte Sch. im städtischen Krankenhause zu Ratibor an 30 Kranken den therapeutischen Wert des von Jochmann eingeführten Serums prüfen.

Um die Erfolge der Serumbehandlung bei den 30 Fällen zusammenzufassen, ergab sich, daß 21 Kranke überhaupt auf das Serum günstig reagierten, 5 nicht reagieren konnten und bei 4 Kranken eine Wirkung ausblieb.

Von den zuerst genannten 21 Kranken reagierten unbedingt und mit sofortiger Genesung 13, mit sofortiger Genesung, aber erst auf größere oder intralumbale Injektionen 6, und nur mit vorübergehender Fieberfreiheit bei Aussetzen weiterer Injektionen 2.

Unter die 5 Kranken, welche nicht reagieren konnten, fallen drei, die sich im Stadium hydrocephalicum befanden, 1 erhielt nur zweimal 20 *cm*³ subkutan in einem Abstande von 7 Tagen, und 1 war ein foudroyant verlaufender Fall.

Von den 66 insgesamt im Jahre 1906 im städtischen Krankenhause zu Ratibor aufgenommenen Genickstarrekranken beträgt die Mortalität 40%, die Mortalität der mit Serum Behandelten zirka 27% (8 von 30) und die der Nichtbehandelten 53%. Nicht behandelt wurden zur Zeit, als wir im Besitze des Serums waren, Rekonvaleszenten und Kranke mit chronischem Hydrokephalus.

*

Weiteres über die Verwendung der Typhusgallenröhre zur Blutkultur. Von Dr. H. Kayser.

Im April dieses Jahres hat K. über 125 Fälle von Typhus und Paratyphus berichtet, deren Blut er mit der „5 *cm*-Gallenröhre“ anzureichern Gelegenheit hatte, und dabei auf die große Verwendbarkeit dieses neuen diagnostischen Hilfsmittels im Typhusbeginne hingewiesen; auch hat er Angaben über die Verwertung der Gallenröhren zu prognostischen Schlüssen gemacht.

Seit Jänner d. J. verfügt er über weitere 75, also im ganzen über 200 Blutkulturversuche am Typhuskrankenbette. Die Anreicherung von zirka 2—2·5 *cm*³ Blut ergab in zirka 67% der 75 neuen Fälle mit der 5 *cm*³-Gallenröhre ein positives Resultat; diesmal fanden sich nur Typhusbazillen. In der ersten Krankheitswoche untersuchte K. 26 Blutproben, welche sämtlich die Eberth-Gaffkyschen Stäbchen lieferten = 100%, die in der zweiten Woche 35, von denen zirka 57%, in der dritten und vierten Woche 14, von welchen zirka 44% positive Züchtungsergebnisse hatten.

Die 5 *cm*-Gallenröhren, „Typhusgallenröhren“ mit Gummiverschluß E. Merck, Darmstadt, haben sich hier und im Elsaß bereits bei einer großen Zahl praktischer Ärzte, sowie in den hiesigen Kliniken durch ihre diagnostischen Frühleistungen eingebürgert, wie die steten Einsendungen von solchem Material beweisen. („Münchner med. Wochenschr.“ Nr. 40, 1906.)

*

Bakteriologischer Befund bei der Autopsie eines Typhusbazillenträgers. Von Professor Dr. E. Levy und Dr. Heinrich Kayser.

So kurz auch die Frage von den „Typhusbazillenträgern“ erst aufgerollt ist, so beschäftigt doch ihre Behandlung schon die weitesten Kreise der Hygieniker, Kliniker und pathologischen Anatomen. Über die Gefährlichkeit dieser „Träger“ konnte man, dank der regen Arbeit der Typhusuntersuchungsanstalten, bereits ziemlich ins Klare kommen. Weniger einheitlich lassen sich indeß die Stimmen über den Dauersitz der Typhuskeime bei solchen „wandelnden Typhuskulturen“ sammeln, und entsprechend diesen verschiedenen Ansichten sind auch die therapeutischen Konsequenzen der Kliniker und Ärzte die mannigfachsten gewesen; leider blieben die letzteren Bemühungen bisher durchwegs erfolglos: Man hat die Bazillen bald im Darm, bald in der Gallenblase, bald in chronischen Abszeßhöhlen anzugreifen gesucht.

Bei diesen Anschauungen über den Vegetationsort der Ebertschen Bazillen glauben wir nun einen aufklärenden Befund, zunächst in einigen Hauptzügen mitteilen zu sollen. Waren wir doch in der Lage, Leichenmaterial von einem solchen „Träger“ untersuchen zu können, den wir über ein Jahr lang unter unserer bakteriologischen Kontrolle gehabt hatten.

Unseres Erachtens ist damit zum erstenmale an einem notorischen Bazillenträger ein Beweis dafür erbracht, daß die Gallenblase nach der von J. Forster und H. Kayser auf Grund von Experimenten und Erfahrungen aufgestellten Theorie den Dauersitz, den Vegetationsort der Typhuskeime chronischer Bazillenträger darstellen kann, denn wir haben die Eberth-Gaffkyschen Bazillen aus dem Innern des Gallensteines einer Bazillenträgerin kultivieren können. Die Auffindung in der Galle allein würde uns hier zu einer Beweisführung nicht genügt haben; der Grund ist aus unserer Auffassung über die Natur der letalen Erkrankung ersichtlich. — Bei unserem Falle ist außerdem bemerkenswert, daß das Gallenleiden völlig latent bestand; die Herren Anstaltsärzte haben nie gelegentlich der Visiten Symptome von Cholezystitis irgend welcher Art zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Das Vorkommnis ist aber noch von einem weiteren Gesichtspunkte aus interessant; wir sehen, daß bei Typhusbazillenträgern eine Autoinfektion zustande kommen kann: Nach dem Leichenbefunde und den klinischen Notizen ist Frau Bl. einer Typhussepsis erlegen; das Auftreten der Typhusbazillen in der Milz läßt sich zusammen mit den Krankheitssymptomen nicht anders erklären als durch eine Allgemeininfektion mit diesen Keimen. Dieselbe wäre dann als eine Auto-Re-Infektion von den Gallenwegen aus anzusehen, denn die Frau lebte seit einem Jahre in einer Baracke der Irrenanstalt isoliert. An eine Infektion von außen her kann darum nicht wohl gedacht werden, zumal in diesem Jahre zu Hördt keine Typhusfälle vorgekommen sind. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 50, 1906.)

*

Zur Technik der Lokalanästhesie mit besonderer Berücksichtigung des Novokain-Suprarenins. Von Dr. Martin Dietze.

Nachdem die Technik in dem von Einhorn entdeckten Körper „Novokain“ ein Mittel zur Gewinnung örtlicher Schmerzlosigkeit gefunden hat, das unter bestimmten Bedingungen an Wirkung dem bisher souveränen Kokain gleich-



kommt, und das dabei sich in den zu chirurgischen Eingriffen notwendigen Mengen als ungiftig für den Organismus erwiesen hat, erscheint das Novokain in der Tat geeignet, das hauptsächlich seiner Giftigkeit wegen gefürchtete Kokain voll zu ersetzen. Selbst der Anforderung der leichten Sterilisation durch Kochen vermag das neue Kokain im Gegensatze bekanntlich zum alten Genüge zu leisten. Schon bei den ersten angestellten Versuchen Brauns und Biberfelds stellte es sich indeß heraus, daß wir es mit einem Körper von nur mittlerer anästhesierender Kraft zu tun haben. Es kann daher das Novokain nur unter bestimmten Verhältnissen die anästhesierende Potenz entfalten, die wir von einem hinsichtlich seines Diffusionsvermögens brauchbaren lokal betäubenden Mittel verlangen müssen. Wie Braun beim Kokain durch Suprareninzusatz die Resorption verlangsamte, um die Giftigkeit herabzusetzen, so bietet uns beim Novokain die Gemeinschaft mit Nebennierenpräparaten den Vorteil, seine an sich flüchtige Wirkung örtlich festhalten und entfalten zu können, und dadurch die gesamtanästhesierende Wirkung zu einer Intensität zu gestalten, wie sie dem idealen Betäubungsmittel Kokain mit Suprarenin bisher nur zukam. Die Lokalanästhesie mit Novokain-Suprarenin und insbesondere die hier in Betracht kommende Gewebsinfiltration ist dadurch bei der Wahl anästhesierender Methoden wesentlich in den Vordergrund gerückt.

Einmal können wir das Operationsgebiet selbst schichtweise aufschwemmen nach Schleich: Infiltrationsanästhesie, oder wir legen die Depots der anästhesierenden Lösungen hypodermal außerhalb des Operationsgebietes und machen dadurch die zuführenden Nerven leitungsunfähig: die Leitungsanästhesie. Hackenbruch erreicht dies mit einer zirkulären Injektion, indem er das Operationsterrain rautenförmig infiltriert; Oberst anästhesiert unter Abschnürung mittels Schlauchs, ein Verfahren, das bei Anästhesierung der Finger und Zehen allgemeine Anwendung findet. Braun unterscheidet eine terminale Anästhesie, in der die Nervenendigungen eines Bezirkes mit der anästhesierenden Lösung entweder direkt durch Infiltration oder indirekt durch Diffusion in Berührung gebracht werden und eine Leitungsanästhesie, wie sie durch endoneurale oder perineurale Injektion gewonnen wird, letztere auch in Form eines subkutanen Injektionsstreifens oder „Riegels" in dem Auffaserungsgebiete eines Nerven. Bei den unten angeführten Operationen, die D. zum großen Teile auf der chirurgischen Station des Garnisonslazarettes Wurzen ausführen konnte, hat D. das Braunsche Anästhesierungsverfahren angewendet, weil sich dasselbe als das zuverlässigste erwiesen hat. Das scheint mir ganz besonders betonenswert, daß eine in Lokalanästhesie ausgeführte Operation in der Tat völlig schmerzlos und bis zur Beendigung ohne eine Spur Äther durchgeführt werden muß. Dazu bedarf es in erster Linie einer Prüfung, ob sich die vorzunehmende Operation dazu eignet. Neben der richtigen Auswahl der zur Lokalanästhesie geeigneten Fälle spielt die Beherrschung der Technik eine wichtige Rolle. Beides ist aber durch Übung zu erwerben; denn die Erfahrung ist auch in der Lokalanästhesie die beste Lehrmeisterin.

Unsere Erfahrung erstreckt sich auf 120 Fälle. Von einer tabellarischen Zusammenstellung kann um so mehr abgesehen werden, als die Operationen zum größten Teile der kleinen Chirurgie angehören und jeder Eingriff, gleichviel welche Operationstechnik gewählt wird, schmerzlos ausgeführt werden kann.

Zur Injektion kamen ohne Ausnahme Novokain-Suprarenin-Tabletten Höchst A (die Tabelle enthält 0·125 *g* Novokain — 0·00016 *g* Suprarenin. boric.) und für die Zahnextraktionen solche Höchst B (die Tablette enthält 0·1 *g* Novokain — 0·00045 *g* Suprarenin. boric.) in 0·9 prozentiger Na-Cl-Lösung zur Anwendung. Letztere wird in genügender Menge in einem Glaskolben sterilisiert vorrätig gehalten. Die Utensilien: eine 1 cm^3 fassende Simplexspritze und eine solche mit 2 cm^3 Inhalt, beide mit Fiberabdichtung versehen, ein Glasblock, ein bis 100 cm^3 graduiertes Porzellankännchen sind in einer mit 3 proz. Karbollösung versehenen Schale aufbewahrt und fertig zum Gebrauche, mehrere gut passende Kanülen aus Stahl und Platiniridium, kurze und längere, eine mit kurzer Spitze für die Injektion am Alveolarfortsatze, werden trocken mit Führung aufbewahrt und vor dem Gebrauche in einem Reagenzglase ausgekocht. Bei Bedarf läßt man eine Tablette aus dem Röhrchen, die von der Fabrik als steril in den Handel gebracht werden und ein weiteres Auskochen unnötig machen, in den Glasblock rollen und gibt die gewünschte Na-Cl-Lösung hinzu. Zur Leitungsanästhesie wurden ausnahmslos 2 proz., bei Infiltrationsanästhesie $^1/_4$ proz. bis 1 proz. Lösung, je nach der Größe des Infiltrationsterrains injiziert; selbst bei dünnen Lösungen bedurfte es eines besonderen Suprareninzusatzes nicht, die Gewebe sind sichtbar anämisch. Die Anästhesie war durchweg eine vollständige und trat bei langsamer Injektion so rasch ein, daß die Operation meistens kurz nach der Injektion begonnen werden konnte. Der Wundschmerz tritt längstens 3 Stunden post injectionem auf und wird bisweilen vom Patienten zu hoch angeschlagen, da es ihm nicht verständlich ist, warum jetzt, nachdem die Operation selbst schmerzlos verlaufen war, überhaupt noch Schmerzen eintreten sollen. Nebenwirkungen haben wir nicht beobachtet. Reizerscheinungen oder Infiltrate an der Injektionsstelle wurden nicht gesehen; wir haben dem Verhalten des Gewebes besondere Aufmerksamkeit geschenkt und konnten feststellen, daß das Gewebe völlig reizlos blieb. Ich habe mich deshalb nicht gescheut, in der Nähe eitriger Gewebe einzuspritzen, ich habe die Entzündung nicht fortschreiten sehen, noch eine Störung des Wundverlaufes beobachtet. Die zum Teile recht ausgedehnten Furunkel im Nacken boten dazu besonders Gelegenheit. Wir benutzten ausschließlich jeweilig zurechtgemachte Lösungen, verfärbte Lösungen kamen nicht zur Einspritzung.

Bei der rhomboiden Umspritzung des Furunkels machte sich ganz regelmäßig eine Unterspritzung notwendig; man erreicht das am besten, wenn man den Furunkel nach der Umspritzung wie einen Tumor mit den Faßfingern der linken Hand etwas anhebt: eine viertel bis halbe Spritze genügt in der Regel, jetzt kann man das eitrig infiltrierte Gewebe exzidieren. Bei Anästhesierung des Fingers war die Anlegung des Oberstschen Schlauches immer zu entbehren. Zu beiden Seiten des Fingers wurde vom Dorsum her und senkrecht zur Achse die Haut durchstochen und je eine Spritze (1 cm^3) einer 2 proz. Lösung die Nadel gleichmäßig vorschiebend injiziert, bis die Nadelspitze für den angelegten Zeigefinger der linken Hand dicht unter der Haut der Beugefläche des injizierten Fingers fühlbar war; die Diffusion erwies sich in jedem Falle hinreichend, man kann jede Operation am Finger schmerzlos ausführen. Bei Operationen am Penis erweist sich die Methode besonders elegant. Salecker sah bei der Phimosenoperation eine Nachblutung, die den Wundverlauf störte, auf Grund seiner Erfahrungen warnt er davor, mehr als 1 cm^3 Lösung zu injizieren, von anderer Seite wird von einer schweren Ernährungsstörung berichtet. Bei den vorliegenden 7 Phimosenoperationen hat D. mehr als je 1 cm^3, meistens 3 cm^3 einer 1 proz. Lösung injiziert und keine Störung des Wundverlaufes beobachtet: das Präputium wurde auf dem Dorsum bis in den Sulcus gespalten und jede der dadurch entstandenen 2 Vorhautschürzen mit dem linken Zeigefinger und Daumen angespannt und vom Wundwinkel an nach dem Frenulum mit der Schere abgetragen, nach Legierung mehrerer Blutpunkte die Vorhautblätter vernäht. Nachblutung trat nicht auf. Nach 12 Tagen konnten die Operierten wieder Dienst tun. Nur insoferne scheint mir allerdings eine gewisse Vorsicht geboten, als wir hier in ein sehr lockeres Gewebe injizieren, in welchem die injizierte Flüssigkeit nur langsam, eben des geringen Gewebsdruckes wegen, resorbiert wird. Man wird auch gut tun, die Nähte weit anzulegen, um eine Ernährungsstörung der Nahtlinie zu vermeiden. Ich habe übrigens den Injektionsring weiter proximal vom Sulkus verlegt und dadurch den Vorteil gehabt, in unverändertem Gewebe zu operieren. Die Anästhesie war

eine vollkommene. Die Injektionsstelle und das infiltrierte Gewebe blieben reaktionslos.

Das Abbrennen mehrerer Hämorrhoidalknoten mit glühendem Eisen konnte völlig schmerzlos ausgeführt werden; in gleicher Weise war die Anästhesie der Nase von der Apertura periformis abwärts, einschließlich der Nasenflügel und des unteren Septum nasi bei einer Lupuserkrankung eine vollständige, das Glüheisen wurde schmerzlos angewendet. Bei Operationen am Kopfe bedeutet die Einführung des Novokains wegen seiner geringen Toxizität einen wesentlichen Fortschritt. Wir sind bei früheren Injektionen mit Kokain am Kopfe nur in Ausnahmefällen über die Maximaldosis (2 *cg*) hinausgegangen, von einer Novokainlösung kann man ohne Bedenken die für die jeweilige Operation nötige Menge injizieren. Zur Anästhesierung des Alveolarfortsatzes zwecks Zahnextraktionen verwendeten wir ausschließlich 2 prozentige Lösung (1 Tablette Höchst B in 5 cm^3 0·9 proz. NaCl-Lösung.) Die B-Tabletten unterscheiden sich von den A-Tabletten durch größeren Suprareningehalt. Der Überschuß des Suprarenins ist wünschenswert, weil das Anästhetikum hier erheblich mehr Diffusionswirkung zu entfalten hat.

Die Zahl der Zahnextraktionen hätte D. um ein gut Teil erhöhen können, wenn er sich dem Wunsche jedes einzelnen, den schmerzhaften Zahn los zu werden, willfährig gezeigt hätte.

In vielen Fällen handelte es sich um alte Wurzeln, die zum Kauen nicht mehr tauglich waren. Hier glaube ich, leistet gesundes Periost mehr als kümmerliche Wurzelreste. In einigen nicht leicht zu entscheidenden Fällen habe ich zahnärztliche Gutachten eingeholt. Richter hat in seiner Arbeit über die Zahnheilkunde in der Armee auf Grund eigener Feststellung unter 1000 Mannschaften von 4476 kranken Zähnen 2343 bereits soweit zerstört vorgefunden, daß ihre Entfernung durch Extraktion geboten schien. Bei Mitteilungen über in Lokalanästhesie ausgeführte Zahnextraktionen lesen wir wiederholt von Mißerfolgen, sei es, daß die Extraktion selbst schmerzhaft war, sei es, daß die Injektionen erhebliche Schmerzen verursachten. Können wir überhaupt mit Sicherheit ein schmerzloses Zahnziehen versprechen? In jedem Falle wohl nicht: wenn die Einspritzung nicht gelingt, weil sie überhaupt nicht möglich ist; so in allen Fällen, wo das Periost des Alveolarfortsatzes von Eiter abgehoben oder die Submukosa eitrig infiltriert ist, aber auch bei flächenhaft ausgebreiteter Wurzelperiostitis, die gewöhnlich mit großer Schmerzhaftigkeit verbunden ist, ist die schmerzlose Extraktion nicht vorauszusagen. Da man klinisch nicht immer festzustellen vermag, ob es sich um einen derartigen Fall handelt, wird man die Injektion zwar vornehmen, aber den Patienten über den ungewissen Erfolg der Einspritzung nicht im Unklaren lassen, sofern man es mit beherzten Patienten zu tun hat. In allen anderen Fällen kann man bei erkrankten Zähnen die Schmerzlosigkeit der vorzunehmenden Extraktion versprechen. Es bleiben dabei noch mancherlei Schwierigkeiten, die dem Wunsche, schmerzlos den Zahn zu ziehen, entgegenstehen. Bei den Injektionen in das straffe Gewebe des harten Gaumens und ganz besonders in der Nähe der Raphe, also bei Extraktionen der oberen Inzisivi und Kanini muß die Spritze großen geweblichen Druck überwinden. Es hat also eine Prüfung der Spritze daraufhin vorauszugehen; es kann sowohl der Spritzenstempel undicht schließen als auch die Kanüle auf dem Spritzenansatze locker aufsitzen, in beiden Fällen „läuft“ die Spritze. Da der Erfolg der Injektion von dieser Frage abhängig ist, halte ich die gute Beschaffenheit der Spritze für ein Haupterfordernis bei der Beschäftigung mit der Lokalanästhesie. Zu meiner Simplexspritze halte ich eine Reihe von Ersatzüberplättchen vorrätig, die jederzeit bei undichtem Stempel von mir selbst gewechselt werden. Zum Festhalten der Hohlnadel dient der Bajonettverschluß. Bei Handhabung einer jeden Spritze spielt die Geschicklichkeit eine Rolle, und so mag die gewohnte Spritze die beste sein, sofern sie von den hier in Betracht kommenden Fehlern freizusprechen ist.

Eine gute Führung der Spritze erfordert langsames Ausdrücken, gleichsam „Einschleichen“ der Flüssigkeit in das Gewebe. Die Hohlnadel stößt besonders am harten Gaumen wohl immer auf das Periost und verursacht Schmerzen; solche Einstiche und Injektionen werden in der Literatur als recht schmerzhaft bezeichnet. Diesem Übelstande läßt sich dadurch mit Erfolg begegnen, daß man Hohlnadeln mit kurzer Spitze benutzt, wie sie jeder Instrumentenmacher auf Bestellung herstellt. Die langen Spitzen können zuweilen in der Gegend der oberen Inzisivi nicht einmal so weit eingestochen werden, daß die Lichtung der Nadel im Gewebe verschwindet, was das Danebenfließen verschuldet. Die Injektion gelingt manchmal überraschend leicht, wenn man die eingestochene Nadel nach rechts oder links dreht. Auch rate ich mit dem Einstiche etwas weiter vom Zahne abzugehen und die Nadel dort einzustoßen, wo der harte Gaumen sogar für den untersuchenden Finger etwas nachgibt; hier dringt die Nadelspitze rasch durch die Schleimhaut, während die Flüssigkeit beim Einspritzen nur geringen Widerstand findet. Bei der labialen Einspritzung des Ober- und Unterkiefers, die immer subgingival sein soll, läßt sich die Irritierung des Periosts mit Sicherheit dadurch vermeiden, daß man die Ober-, beziehungsweise Unterlippe mit einem breiten Spatel gut abzieht und die Übergangsfalte anspannt. Eine gelungene Einspritzung ist an der eingetretenen Anämie nicht zu verkennen.

Die mit kurzer oder stumpfer Spitze versehene Hohlnadel soll bei Anästhesierung des Nervus alveolaris an der Lingula das Abbrechen der Spitze beim Tasten entlang der Innenfläche der Mandibula verhüten, und sie leistet in der Tat gute Dienste. Die Technik erfordert die Kenntnis der anatomischen Verhältnisse der den Unterkiefer versorgenden Nerven, wie sie in Brauns Hand- und Lehrbuch aufgezeichnet sind. Der Erfolg kann nicht ausbleiben, wenn man die hier gegebenen Vorschriften befolgt. Wir haben prinzipiell vor der Extraktion durch Nadelstiche geprüft, ob die Anästhesie eingetreten ist. Wenn man auch nicht zuverlässig in den Angaben des Patienten bedient wird, so sind die Parästhesien der Oberlippe und der zugehörigen Zungenhälfte so ausgesprochen, daß eine Täuschung darüber, ob die Anästhesie eintritt, kaum möglich ist. Ein Offizier gab mir nach der Injektion an, wie auf der Unterlippe „Ameisen spazieren gingen“ und wie die Zunge „pelzig“ wurde. In 4 Fällen machte sich eine Wiederholung der Injektion notwendig. In den übrigen Fällen genügte 1 cm^3 der 2 prozentigen Lösung, die Schmerzlosigkeit des Unterkiefers zu erzielen. Zumeist tritt letztere nach 10 Minuten ein, in einigen Fällen nach 15 Minuten, in vielen direkt post injektionem. Wir haben in der Wartezeit die nächsten Injektionen vorgenommen, nach deren Beendigung meistens die Anästhesie der ersten Einspritzung eingetreten war. Die vorderen unteren Zähne wurden mittels Umspritzung ohne vorherige Injektion an der Lingula anästhesiert. Hier stehen die Zähne meist gut der Injektion zugänglich; es empfiehlt sich an der lingualen Seite etwas weiter ab vom Zahnfleische in das weiche Gewebe des Mundbodens zu injizieren. Diese Umspritzung ist das einfachere und dabei ein sicheres Verfahren. Die Diffusion erwies sich immer hinreichend. Bekanntlich ist die Nervenversorgung, je mehr man sich der Mittellinie nähert, dadurch kompliziert, daß der Nervus alv. inf. von der anderen Seite übergreift. Man müßte also folgerichtig zur Extraktion eines vorderen unteren Zahnes beide Nervi alf. inf. an der Lingula unterbrechen. In Fällen, wo ein Prämolarzahn frei stand und der Umspritzung gut zugänglich war, gab die einfache Umspritzung auch hier den gewünschten Erfolg. Die labiale Übergangsfalte wurde aber bei jeder unteren Extraktion mit einem kleinen Depot von einer halben Spritze versehen, um eventuelle Verästelung des Nerv. buccinatorius auszuschalten. Dabei wird zumeist der Mundfazialis mit unterbrochen. Beim „Mundspitzen“ ist die zugehörige Seite der Unterlippe deutlich abgeflacht. Die erlangte Schmerzlosigkeit ist eine vollständige und für Patient wie für den Arzt in gleicher Weise erfreulich,



für den Patienten zumal, wenn der Zahn „abbricht“, ein beim schmerzhaften Zahnziehen für Arzt wie für den Patienten in gleicher Weise fatales Ereignis. Da die Anästhesie etwa 2 Stunden anhält, können die Extraktionsversuche beharrlich fortgesetzt werden. Bei Massenausräumungen kann der Operateur langsam arbeiten, das Operationsfeld bleibt von Anfang bis Ende blutleer und gut übersichtlich. Hiebei zeigt die Lokalanästhesie ihre schönsten Früchte und stellt einen willkommenen Ersatz für die Narkose. (Münchener med. Wochenschr. Nr. 50, 1906.)

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Sitzung vom 22. November 1907.

Leopold Freund: Radiotherapie der Ischias. Fr. hat Kreuzbein- und Foramen ischiadicum Gegend mit Röntgenstrahlen behandelt. Besserung nach zwei Sitzungen, die Schmerzen schwanden nach sechs Sitzungen. Auch in fünf anderen Fällen konnte Vortr. Erfolg konstatieren. Vielleicht ist dieser Erfolg auf gefäßdilatierende Wirkung der Röntgenstrahlen zurückzuführen.

Ludwig Moszkowicz demonstriert ein 20jähriges Mädchen, bei der die Verkleinerung einer wahrhaft monströsen Nase nach der von Regierungsrat Dr. Gersuny im Rudolfinerhause ausgearbeiteten Methode ganz vorzüglich gelungen ist. Moszkowicz ist bestrebt, wo möglich ohne Durchtrennung des häutigen Septums von einem Schnitte in der Schleimhaut der Nase aus durch Abhebung der Haut des Nasenrückens die prominenten Teile des Stirnbeines, des knöchernen und knorpeligen Septums, dem Auge zugänglich zu machen, so daß irgend eine äußerlich sichtbare Narbe nicht verbleibt.

Paul Clairmont berichtet über die Exstirpation eines sehr ausgedehnten Angioma arteriale racemosum der Kopfhautpartie. Clairmont hat den Tumor an den Seiten umschnitten und samt der Kopfhaut nach rückwärts abpräpariert. Vor 14 Tagen erlitt Pat. einen epileptischen Anfall (infolge intrakranieller Gefäßerweiterungen?).

Leopold Semeleder demonstriert seine Methode zur Registrierung von Deformitäten, Skoliosen, Tumoren usw., welche darauf beruht, daß er vermittels eines Beleuchtungsapparates ein System von Schattenlinien auf den Patienten projiziert und diese dann photographiert und auf diese Weise Erhabenheiten oder Vertiefungen sowohl in der Frontalen als in der Sagittalen in eindeutiger Weise zur Darstellung bringt und photographisch fixiert.

Anton Bum hebt hervor, daß neben der Möglichkeit der Kontrolle des Behandlungsergebnisses der Skoliose die frühzeitige Diagnose der beginnenden seitlichen Deviation der Wirbelsäule erhöhte Bedeutung besitze. Er erinnert an das von Grünbaum angegebene Ikonometer. Dieser kleine, wohlfeile, plastische, leicht meßbare Bilder gebende Projektionszeichenapparat ist prädestiniert für den Gebrauch des Praktikers.

Max Haudek ist der Ansicht, daß die Aufnahme des Kontrollbildes in genau derselben Haltung und Stellung des Patienten erfolge, wie bei der ersten Aufnahme. Diese Forderung erfüllt aber das demonstrierte Verfahren nicht, denn es ist nicht imstande, uns zuverlässigere Vergleichsbilder zu sichern, als die gewöhnliche Photographie oder die anderen Meßverfahren. Seiner Ansicht nach ist recht verwendbar und auch billig der von Lange angegebene Apparat.

Semeleder meint, daß eingehenderes Studium die Vorredner überzeugen werde, daß sein Verfahren von den vorgebrachten und den anderen Methoden grundverschieden ist, abgesehen davon, daß die von den Kollegen erwähnten Verfahren nur einfache Konturzeichnungen geben, nicht aber das Wichtigste, nämlich die Tiefendimension, wiedergeben.

Biedl erstattet eine vorläufige Mitteilung über die Beziehungen der Lymphe zur Glykosurie. Die Ausschaltung des Chylus und Lymphstromes durch Ligatur des Ductus thoracicus ruft, wie schon frühere Versuche des Vortragenden ergeben, Glykosurie hervor. Somit ist in der Lymphe eine Substanz vorhanden, die den Zuckerverbrauch im Organismus irgendwie zu beeinflussen scheint. Dieses hemmende Prinzip in der Lymphe dürfte dem inneren Stoffwechsel eines Organes entstammen. *i. m.*

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 7. November 1907.

Maximilian Sternberg zeigt Präparate zweier Fälle von mächtigen Kalkpanzern im Herzbeutel, von denen der eine mit Zuckergußleber kombiniert war, der andere unter dem Bilde der perikarditischen Pseudoleberzirrhose verlief.

Karl Reicher berichtet über neuere Methoden zur quantitativen Pepsinbestimmung und demonstriert die Ausführung derselben.

Marinescu (Bukarest) demonstriert mikroskopische Präparate, welche Veränderungen der Nervenzellen bei Ganglientransplantationen zeigen.

Bruno Fellner zeigt Präparate eines Falles von Chylothorax bei Leukosarkom. Der Befund bei der Aufnahme vor sechs Wochen war Kachexie, Anämie, große Milz und Leber, allgemeine Drüsenschwellung. Blutbefund einer großzelligen lymphatischen Leukämie, Ödeme, Aszites, Hydrothorax. Die Punktion des Hydrothorax ergab eine milchige Flüssigkeit von chylöser Beschaffenheit, hohem Fettgehalt (4%) und Zuckergehalt (0·1%). Aszitesflüssigkeit auch chylös, wenn auch in geringerem Grade. Diagnose: Chylothorax und chylöser Aszites. Obduktionsbefund: Leukosarkom. Infiltrate in den inneren Organen: Herz, Leber, Niere, welche aus Zellen bestehen, die den großen Lymphozyten des Blutes gleichen. Ductus thoracicus in eine Schwiele eingebettet, ganz normal, nirgends komprimiert. Die Genese des chylösen Ergusses bei Intaktheit des Ductus thoracicus ist wohl auf Kompression kleinerer Lymphgefäße zurückzuführen, dazu kam noch die Stromverlangsamung der Lymphe bei dem niedrigen Blut- und Pulsdrucke des Patienten (90 und 15).

Karl Rudinger: Die Ätiologie der Tetanie. Vortr. hält die bisherige klinische Einteilung der Tetanie für unzulänglich, und referiert über die bisherigen experimentellen Ergebnisse, wobei er dann die Bedeutung der histologischen Veränderungen der Epithelkörperchen (Blutung und Tuberkulose) bei den obduzierten Tetaniefällen bespricht. Von diesem Standpunkte aus gelingt die Identifizierung von vier Tetanieformen mit der Tetanie aus der Epithelkörperinsuffizienz. Die Zugehörigkeit einer fünften Gruppe erweisen die Versuche, die Vortr. mit weil. Dr. Berger angestellt hat und deren Resultat in Kürze folgendes ist: Bei Tieren mit tetanischer Disposition lösen die bisher als ursächliche Faktoren angesprochenen Gifte einen Krampfanfall aus, während bei Tieren ohne tetanische Disposition der gleiche Vorgang effektlos bleibt. Für die Zugehörigkeit der Handwerkertetanie und der Magentetanie sprechen die Übereinstimmung des Symptomenkomplexes und der Einfluß von Ort und Zeit. Besonders jene Fälle von rezidivierender Tetanie, bei denen jedem einzelnen Anfalle ein anderes auslösendes Moment zugrunde liegt, drängen zur Annahme einer einheitlichen Disposition zur Tetanie, die in einer Insuffizienz der Epithelkörperchen zu suchen ist. Die Unmöglichkeit ihres Nachweises in vivo darf bei so zahlreichen positiven Befunden als Gegenargument nicht angeführt werden.

Lothar v. Frankl-Hochwart ist vom klinischen Standpunkte immer nach Möglichkeit für die klinische Einheit aller Formen eingetreten. Seiner Ansicht nach unterliegen Arbeitertetanie und Graviditätstetanie denselben Modalitäten und ist die Tetanie bei akuten Infektionskrankheiten auch keine selbständige Form. Die Ähnlichkeit der Tetania strumi-



priva mit den anderen Formen konnte er dadurch nachweisen, daß alte Tetaniefälle anderer Art meist dieselben Eigenarten bekommen, wenn auch in geringerem Maße als Tetania strumipriva, nämlich chronische Fortdauer, sowie myxödematöse Komplikationen.

Theodor Escherisch meint, daß das vom Redner hervorgehobene epidemisch-endemische Auftreten der Arbeitertetanie sich nicht gegen die Theorie Yanases verwenden, da ja auch die infantile Tetanie die gleiche Abhängigkeit von den Witterungseinflüssen erkennen läßt. Es kann sich hier nur um eine zeitweilige Häufung der auslösenden Momente handeln. Das Bestimmende und Dauernde ist aber die von der Leistungsfähigkeit der Epithelkörperchen abhängige Disposition. An der Säuglingsabteilung durchgeführte systematische Untersuchungen haben gezeigt, daß große individuelle Unterschiede bezüglich der elektrischen Übererregbarkeit zwischen den einzelnen Kindern bestehen. Die leichter erregbaren Kinder sind auch diejenigen, welche in den kritischen Zeitläufen an tetanoiden Symptomen erkranken. Es wäre von großem Interesse, zu wissen, ob die Tetaniefälle der Erwachsenen in direkter Beziehung zur infantilen Tetanie stehen. Escherich frägt an, wie sich die elektrische Erregbarkeit der erwachsenen tetanoiden Personen in der anfallsfreien Zeit verhält und ob in der Anamnese derselben sich Anzeichen eines schon seit der Kindheit bestehenden tetanoiden Zustandes vorfinden.

Siegfried Jonas ist in seinen Untersuchungen mit Rudinger nur den Spuren v. Frankl-Hochwarts gefolgt, als sie den Beweis zu erbringen versuchten, daß die Magendilatationstetanie den übrigen Tetanien beizuordnen ist, daß es zu ihrer Erklärung weder der Autointoxikationstheorie noch der Bluteindickungstheorie bedarf, daß Magendilatationstetanie nichts anderes ist als Tetanie, erworben bei bestehender Magendilatation.

Karl Rudinger bemerkt zum Schlusse, daß ihm die Einheitsbestrebungen v. Frankl-Hochwarts bekannt waren und daß er sie in seinem Vortrage auch akzeptiert hat. Bezüglich der Anfragen v. Escherichs bemerkt R., daß er mit Untersuchungen in dem von Escherich angedeuteten Sinne derzeit beschäftigt sei. *i. m.*

V. Aus der Praxis.

Über Urticaria symptomatica infantilis und ihre Behandlung mit Ichthyol. Von Dr. D. Scharff in Stettin. „Therapeutische Monatshefte“ 1907.

Da das peripherische Blutgefäßsystem gerade in allen Fällen der kindlichen Urticaria der Schauplatz der Autointoxikationsreflexe ist, welche vom Darm auf sie wirken, so scheint Sch. sowohl die Indikation der äußeren wie der inneren Anwendung des Ichthyols bei dieser Affektion hinreichend gerechtfertigt. Und der Erfolg der Praxis bestätigt ganz und gar diese auf therapeutischem Wege gewonnene Annahme. Die einfachste Form seiner Anwendung auf die nesselkranke Haut ist eine Lösung des Ichthyols im Wasser. Da es sich darum handelt, einen günstigen beruhigenden Einfluß auf das gereizte Blutgefäßsystem im verkleinernden, verengernden und verkürzenden Sinne und eine Nervenberuhigung auszuüben, so genügt bei der kindlichen Haut eine 5—10proz. wässerige Lösung weitaus, um den lästigen Juckreiz schon am gleichen Tage erheblich zu mildern, ja oft ihn ganz zum Verschwinden zu bringen.

Die innere Anwendung des Ichthyols ist in gleicher Weise gerechtfertigt für die rein reflektorischen Formen, für welche die Dentitionseruptionen das Hauptbeispiel bilden, wie für die durch die Autointoxikation hervorgerufenen.

Beitrag zur Gonorrhöebehandlung mit Arhovin. Von Dr. L. Weinberg (Wiener Med. Presse Nr. 44, 1907.)

Ein Urteil von W. über Arhovin hat heute erhöhten Wert, weil W. schon vor nahezu drei Jahren mit Brings zusammen seine Erfahrungen publiziert hat und von da ab dauernd Arhovin auf seine Wirksamkeit geprüft hat. Die gleichzeitige genaue Beobachtung der inzwischen stattlich gewordenen Literatur über Arhovin macht W. zu einem der berufensten Kritiker über das Mittel. Es ist darum umso erfreulicher, daß W. in der Lage ist, sich äußerst günstig über Arhovin auszusprechen. — „Nur soviel möchte ich erwähnen, daß aus allen praktischen Versuchen einstimmig hervorgeht, daß das Arhovin zu sicherer Behandlung der Gonorrhöe verwendbar sei und daß es daneben als besonderen Vorteil keinerlei Reizerscheinungen von seiten irgend eines Organs veranlaßt, was man von den sonst zur Behandlung vielfach empfohlenen Balsamizis nicht behaupten kann. Selbst die in den letzten Jahren mit größter Präzision hergestellten Präparate, die ja unstreitig bedeutende Vorteile gegenüber ihren Vorgängern aufzuweisen haben, sind nach den gesammelten Erfahrungen doch nicht ganz frei von unangenehmen Nebenwirkungen auf Magen, Darm und Nieren. Suchen wir dagegen bei allen bisherigen Publikationen über Arhovin nach einer solchen Erfahrung, so finden wir auch nicht einen einzigen Fall, trotzdem die Zahl der mit dem Mittel behandelten und bekannt gewordenen Patienten bereits eine ziemlich große ist. Deshalb ist dieser einwandsfreie Vorteil und diese Überlegenheit anderen Mitteln gegenüber so sehr ins Gewicht fallend, daß bei sonst gleicher antigonorrhoischer Wirkung schon dies allein eine ausschlaggebende Empfehlung für das Arhovin sein müßte.“

Beachtenswert ist noch folgender Satz: Daraus, d. h. aus der schnellen Resorbtion des Arhovin glaube ich auch die Erscheinung erklären zu können, die mir bei der Behandlung immer wieder ganz besonders auffiel, daß selbst heftige Schmerzen sofort am zweiten Tage, oft noch am gleichen Tage, nachdem die Arhovintherapie begonnen hatte, mit einer staunenswerten Regelmäßigkeit verschwanden, was sich nur dadurch erklären läßt, daß das rasch eliminierte Arhovin anästhesierend auf Harn- und Geschlechtsorgane einwirkt und die Entzündungserscheinungen zum Stillstande bringen muß.

In der Dosierung geht W. etwas über die Durchschnittsdosis hinaus und gibt gern bei schweren Zuständen bis zu 10 Kapseln a 0·25 tgl.; er schreibt dieser verschärften Medikation — die gleichfalls in keinem einzigen Falle irgend eine unerwünschte Nebenwirkung hatte — zum Teil seine ausgezeichneten Erfolge zu.

VI. Notizen.

— Bei den am 18. November vollzogenen Wahlen in die Wiener Ärztekammer drang die Kompromißliste durch. Die Konstituierung der neugewählten Wiener Ärztekammer wird anfangs Dezember erfolgen.

Rothschildstiftung für Nervenkranke. Die „Korr. Wilh.“ schreibt: Der am 13. Juni 1905 verstorbene Freiherr Nathaniel v. Rothschild hat in dem Kodizill vom 4. Februar 1900 bekanntlich ein Kapital von 20 Millionen Kronen zur Errichtung einer Stiftung für Nervenkranke hinterlassen mit der ausdrücklichen Bestimmung, daß das Kapital intakt zu bleiben hat und daß die Krankenanstalten aus den Zinsenerträgnissen nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Summen errichtet und erhalten werden sollen. Das Kuratorium mußte daher die Ansammlung eines größeren Fonds aus den Zinsen abwarten, bevor die Erwerbung von Terrains ernstlich in Aussicht genommen werden konnte. Das Kuratorium beabsichtigt, eine zentrale Anstalt in Wien und eine periphere Anstalt in der Nähe von Wien zu errichten und trifft zu diesem Zwecke die entsprechenden Vorbereitungen. Zahlreiche an das Kuratorium gelangte Offerte werden geprüft und Pläne für die zu errichtenden Anstalten entworfen, worauf insbesondere auch darauf Bedacht zu nehmen ist, ob die bezüglichen Terrains den im Kodizill bestimmten speziellen Erfordernissen entsprechen.

Einiges über Alkoholgebräuche im Orient. In einem äußerst lesenswerten Reiseberichte, den Dr. Otto Neustätter in München unter dem Titel „Ärztliches und Nichtärztliches von einer Sommerreise durch das Mittelmeer nach dem Orient“ in der „Münch. med. Wochenschr.“ veröffentlicht, finden sich auch einige interessante Beobachtungen über das Trinken auf dem Schiffe und in der Türkei. Da heißt es z. B.: „Für die immer zahlreicher werdenden Freunde von alkoholfreien Getränken wären (auf dem Schiffe) noch Wünsche zu erfüllen. Zwar sind Mineralwässer zu haben, aber diese in großer Auswahl mitzunehmen, geht nicht an. Andererseits wäre es leicht, einfach kohlensaures Wasser herzustellen. Die Kohlensäure



ist nämlich für den Bierausschank vorhanden. Würde man dann noch einige Fruchtsäfte mitnehmen, so wäre herrlich vorgesorgt. Es besteht die sehr anerkennenswerte Maßnahme, daß den Mannschaften kein Alkohol gegeben werden darf; aber es ist nicht vorgesorgt, daß sie kühle, billige Ersatzgetränke haben können. Auch in dieser Richtung ist die Herstellung von kohlensaurem Wasser erwünscht. Erfreulich war es übrigens zu sehen, daß der Alkoholkonsum der Seeleute im großen ganzen auch abzunehmen scheint. Es kam wiederholt bei Tische das Gespräch auf diese Frage und es war interessant zu hören, wie auch — natürlich mit individuellen Unterschieden — die Kapitäne und Offiziere sich mehr und mehr der Temperenz, ja zeitweise voller Abstinenz zuneigen. Immerhin bleibt der Unterschied auffallend zwischen den Trinkgewohnheiten der Nord- und Südländer. „Wenn ein Grieche oder Italiener an der Tafel sitzt“, so erzählt man uns, „dann trinkt er Flaschen Wasser leer. Reisen dagegen Engländer oder Deutsche oder Russen, so halten sich die mit gleicher, ja mit größerer Energie an Bier und Wein.“ Behält man diesen Unterschied im Auge, so fällt es einem gar nicht mehr so besonders auf, wenn man in das Land der durch das Religionsgesetz vorgeschriebenen Alkoholabstinenz, in die Türkei kommt und da außer in den europäischen Vierteln lauter „alkoholfreie“ Restaurants und Kaffeehäuser findet. Schade, daß man jene Arbeiter nicht dahin schicken kann, die da immer sagen: ja, wer schwer arbeitet, der muß auch sein Bier oder seinen Wein haben. Es gehört zu den auffallendsten Erscheinungen in der Turkei, welche enorme körperliche Leistungen von den Lastträgern, Schiffern usw. dort vollbracht werden. Handkarren oder Lastwagen gibt es z. B. in Konstantinopel nicht. Sie würden auch bei dem elenden Pflaster und den steilen Straßen kaum denkbar sein. Die Lastenbeförderung geschieht auf dem Rücken von Pferden, Maultieren, Eseln, daneben zum großen Teile auf menschlichem Rücken. Da kann man verlumpte, alte, arme hagere Männer mit riesigen Kisten, Körben, Ballen, Balken, ja mit vollen Kasten, die 2—3 mal so hoch sind, wie der Mann selbst, über die Straße schreiten sehen. Beim Zoll ist es Vorschrift, daß mehr als ein Träger erst bei Lasten über 80 *kg* bezahlt zu werden braucht: so viel also schafft, gleichsam als gesetzliche Norm, ein einzelncr Lastträger. Wo es sich um größere Lasten handelt, da werden diese an 1 oder 2 *m* lange, am Ende verknotete Stangen gehängt, die zwei bezw. vier Träger auf ihren Schultern tragen. Im Hafen sieht man unglaublich große, schwer beladene Schiffe, die von zwei oder vier Leuten gerudert werden. So schwer ist die Last, daß die Leute ihr Körpergewicht ausnützen müssen, indem sie sich am Ruder hängend fallen lassen müssen, um dann immer wieder aufzustehen. Die Verleiher von Pferden laufen die steilen und langen Berge hinauf neben dem trabenden Tiere her, bei der freiwilligen Feuerwehr legen die Leute, von denen vier während des Rennens abwechselnd die Spritze auf den Schultern tragen, im schnellsten Laufe 1/2, 3/4 Stunden, oft noch mehr zurück. Und alle diese Leute trinken niemals einen Tropfen Alkohol.

Das **„Zentralblatt für Tuberkulose-Literatur“** (Verlag Kurt Kabitzsch, Würzburg) wird, um wichtige Forschungsergebnisse nicht in allzu knapper Form bringen zu müssen, an Umfang erweitert, dafür sollen Arbeiten, die weniger von Belang sind, nur mehr dem Titel nach angeführt werden. Der Titel des Blattes wird dementsprechend vom II. Jahrgang an: „Internationales Zentralblatt für Tuberkulose-Forschung“ lauten. Preis pro Jahrgang 12 Mk. Abonnenten der „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, herausgegeben von Prof. Brauer, Marburg“ erhalten das Blatt nach wie vor unberechnet geliefert.

Kleine Bibliothek Langen Band 90: Alfred Polgar, Der Quell des Übels und andere Geschichten. Umschlagzeichnung von J. Berchtold. Preis broschiert Mk. 1, elegant gebunden Mk. 1.50. Verlag von Albert Langen, München. Was an Alfred Polgar zuerst in die Augen fällt, ist seine schier unglaubliche

Fähigkeit, zu sehen. Er sieht z. B. die Geste eines Menschen, aber in dieser Geste offenbart sich ihm zugleich dessen ganzer Charakter. Darin liegt es auch, daß alle seine Gestalten, obwohl er uns in seinen meist kurzen Geschichten nur eine flüchtige Bekanntschaft mit ihnen machen läßt, klar und scharf vor uns stehen. Seine vornehmliche Domäne ist die Wiener Bohême, die Menschen, die das Kaffeehaus bevölkern. Sie haben an Alfred Polgar ihren scharfen, unerbittlichen Beobachter. Wie ein genialer Schnellzeichner hält er sie mit zwei, drei Strichen fest und präsentiert sie uns mit einem ironischen Lächeln um die Lippen. Er öffnet uns ihre Seele und zeigt uns die kleine Menschlichkeit dieser Poseure des Lebens, die so närrisch amüsant ist, daß es ein köstlicher Genuß ist, sie durch Polgars Temperament zu sehen.

VII. Eingesendet.

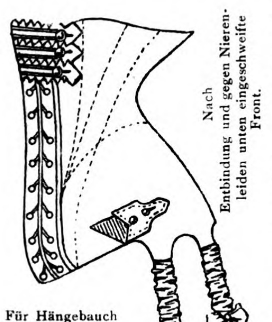
Die zwei großen Verbände der niederösterreichischen Ärzte, welche im vergangenen Jahre zusammengetreten waren, um eine bessere Stellung der Gemeindeärzte, und namentlich deren Altersversorgung zu ermöglichen, haben einstimmig beschlossen, dem Landtagsabgeordneten Alfred v. Lindheim die vollste Anerkennung seiner freundschaftlichen und vermittelnden Tätigkeit durch die Übersendung der nachstehenden Adresse auszudrücken.

Sr. Hochwohlgeboren Herrn Landtagsabgeordneten Alfred v. Lindheim!

Die heute tagende Delegation der zwei ärztlichen Organisationen Niederösterreichs erfüllt eine freudige Ehrenpflicht, wenn sie sich beehrt, Euer Hochwohlgeboren für alle der n.-ö. Ärzteschaft vor und während der Resistenz mit so viel Güte und Aufopferung geleisteten Dienste den tiefstgefühlten Dank auszusprechen. Wir n.-ö. Ärzte, die oft mit Überwindung des eigenen Ich immer und jederzeit, bei allen Unbilden der Jahreszeit, ohne Rücksicht auf Rang und Stand, auf Entlohnung oder Undank, unserem hohen und so beschwerlichen Berufe nachkommen, haben vor allem das als das bitterste empfunden, daß sich uns, die wir der ganzen Menschheit in Not und trüben Krankenstunden frag- und klaglos zur Seite stehen, nie ein Helfer in unserer eigenen sozialen Not zur Verfügung stellte. Wir waren für alle da, für uns niemand! Euer Hochwohlgeboren waren der Erste, Euer Hochwohlgeboren der Einzige, der uns in schweren Zeiten, mit Rat, Tat und Umsicht zur Seite eilte, Euer Hochwohlgeboren waren ein Beispiel von Ausdauer und Energie in unserem schweren Kampfe, in dem uns sonst nichts als unsere eigene Solidarität zur Verfügung stand. Wenn wir heute auf die Erfolge unserer sozialen Tätigkeit einen Rückblick werfen, dann bleibt unser Augenmerk auf Ihrer hochverehrten Person hangen. Euer Hochwohlgeboren haben sich als unser alltreuer Ekkehard nicht nur unseren, sondern auch der ärztlichen Nachwelt Dank geschaffen.

Druckfehlerberichtigung.

Auf Seite 565 der vorigen Nummer soll es am Schlusse des ersten Absatzes statt Chwiklivski Cwiklinski und statt Kolle Kelle heißen.









Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße **47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 50. Wien, 14. Dezember 1907. **Nr. 50.**

INHALT:

Über das Wesen und die Bekämpfung des Gelbfiebers.

Von **Dr. L. Sofer,** Wien.

(Schluß.)

Wie schon bemerkt, wird diese Theorie durchaus nicht allgemein anerkannt. Im Blute und in den Organen von Gelbfieberkranken sind wiederholt bakterielle Parasiten von amerikanischen Beobachtern beschrieben worden, auch ovoide sphärische Körper mit neutrophilem Protoplasma und einem intensiv gefärbten, oft mehrkörnigen Kern. M. Schüller hat nach der Berl. klin. Wochenschr. 1906/7 Gelegenheit gehabt, das Blut eines Gelbfieberkranken, welches 39½ Stunden nach Beginn der Erkrankung entnommen worden war, zu untersuchen. Es gelang ihm, die Anwesenheit eigentümlicher Parasiten in diesem Blute zu konstatieren. Die Erythrozyten zeigen im Gelbfieberblute im allgemeinen einen größeren Durchmesser, ferner finden sich große, blasse Erythrozyten, welche zerfließende Scheiben oder dünne, unregelmäßig verzogene Randsäume derselben darstellen. Ferner finden sich Blutkörperchen, bei denen innerhalb des Protoplasmas kleine, helle Flecken von verschiedener Form zu bemerken sind. In manchen dieser Blutkörperchen sieht man im gefärbten Präparate deutlich gefärbte, kleine, birnförmige oder länglichovale, scharfbegrenzte Körperchen mit minimalen Chromatinanschwellungen, die zu zehn oder mehr in einem Blutkörperchen liegen. Nach Zerbröckeln der Erythrozyten treten die kleinen birnförmigen Körperchen frei heraus. Man findet auch Erythrozyten, welche nur ein birnförmiges Körperchen enthalten, auch Sporen verschiedener Größe sowie Sporenhüllen lassen sich in den Erythrozyten sowie außerhalb derselben nachweisen. Die weißen Blutkörperchen zeigen gleichfalls Veränderungen, Vergrößerungen der Kerne und scheinen gleichfalls Parasiten in verschiedenen Entwicklungsstadien zu enthalten. Protoplasma und Kerne namentlich der polynukleären Leukozyten zeigen oft diffuse Auflösung. Bemerkenswert ist der Befund von Spirochäten, welche den bei der Syphilis beschriebenen nicht ähnlich sind. Der vorgefundene Parasit gehört anscheinend zu den Sporozoen. Die Sporozoiten bezw. Merozoiten dringen in die Blutkörperchen ein und bringen dieselben zur Auflösung und Zerstreuung, und zwar direkt oder nachdem sich verschiedene Entwicklungsphasern der Parasiten innerhalb der Blutzellen abgespielt haben.

R. Ruge, Kiel, sagt, daß wir den Gelbfieberkeim noch nicht kennen. Es läßt sich nur soviel sagen, daß es sicherlich nicht der Bacillus icterodes Sanarelli ist, der das Gelbfieber hervorruft, sondern daß der Erreger des Gelbfiebers vermutlich zu den Protozoen gehört. Durch Impfungen ist festgestellt worden, daß er sich bis zum dritten Krankheitstage im Blute der Kranken befindet; denn durch Blut, das während der ersten drei Krankheitstage einem Gelbfieberkranken entnommen und einem Gesunden eingespritzt wird, kann man Gelbfieber bei dem Geimpften erzeugen. Dank der vorzüglichen Untersuchung der amerikanischen Armeekommission in Quemados bei Habana (Charles Finlay) wissen wir ferner, daß der Gelbfieberkeim einen Wirtswechsel durchmacht. Er vollendet nämlich einen Teil der Entwicklung in der Stegomyia. Hat eine solche Mücke an einem Gelbfieberkranken während der ersten drei Krankheitstage gesogen, und wird sie dann 12—17 Tage bei entsprechend hoher Temperatur gehalten, so erzeugt ihr Stich Gelbfieber, früher nicht. Der Gelbfieberkeim braucht also so lange Zeit, um sich in der Mücke zn entwickeln. Doch ist es bis jetzt nicht gelungen, den Keim selbst im Blute oder in der Mücke aufzufinden. Da er Chamberlandfilter zu passieren vermag, ist er ultramikroskopisch.

Die Stegomyia ist eine Bewohnerin der Städte und nicht des offenen Landes, was bei ihrer Bekämpfung wichtig ist. Sie legt ihre Eier mit Vorliebe in schmutziges Wasser, Rinnsteine und Kloaken, aber auch in klares Wasser, z. B. in die zum Auffangen des Regenwassers bestimmten Behälter. Die Eier haben eine große Widerstandskraft gegen Austrocknung und Kälte. Sie halten sich bequem drei Wochen in trockenem Zustande, können also weithin verschleppt werden. Ins Wasser gebracht, kriechen sie nach etwa 3 Tagen aus, und nach 12—18 Tagen ist das geflügelte Insekt fertig.

Über die Gelbfieberepidemie in Togo berichten Krueger (zitiert nach der „Münch. mediz. Wochenschr.) und Otto auf dem Stuttgarter Naturforschertage. Krueger teilt die Krankengeschichten und Sektionsbefunde mit. Von sechs angestellten Europäern erkrankten vier, alle vier starben. Das Krankheitsbild war in allen vier Fällen gleichartig, plötzlicher Beginn, drei Stadien, niedrige Pulsfrequenz,



vom 3. bis 5. Krankheitstag Eiweiß im Urin, später Nachlassen der Urinsekretion, keine Blutparasiten, keine Vergrößerung von Milz und Leber, charakteristischer Foetor ex ore, gedunsenes Gesicht, injizierte Conjunctiva bulbi, Zunge am Rand und Spitze wenig oder gar nicht belegt, häufiges Erbrechen mit Blut, schmutziger Ikterus am 4. bis 5. Tag, Wohlbefinden im Remissionsstadium und Benommenheit am Lebensende (5. bis 8. Krankheitstag). Das überall gleichartige Sektionsergebnis zeigte Ikterus, Blutungen in die Schleimhaut des Magendarmtraktus und der Harnwege, in die serösen Häute und in die Leber, Fettdegeneration der Leber, Nieren und des Herzmuskels, Milz nicht oder kaum vergrößert, keine Parasiten, keine Darmgeschwüre, Cyanose der Därme.

Dr. Otto, der 1904 gemeinsam mit Prof. Neumann im Auftrage des Institutes für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg eine Expedition zur Erforschung des Gelbfiebers unternahm, berichtet über das Gelbfieber in Afrika. Otto traf auf seiner 1905/06 von der Kolonialabteilung des Auswärtigen Amtes veranlaßten Reise die Krankheit in Togo und Dahomey an, wo sie bereits im vorangehenden Jahre festgestellt war. Der klinische Verlauf und die Sektionsergebnisse stimmten genau mit den in Rio de Janeiro von ihm gesehenen Krankheitsbildern überein. Die Infektion konnte in Togo, das an die erkannten endemischen Gelbfieberherde grenzte, nur durch Eingeborene auf dem Landwege vermittelt sein, deren Immunität gegen Gelbfieber neuerdings bezweifelt wird. Die Stegomyiamücke fand Otto an allen von ihm besuchten Plätzen der westafrikanischen Küste, sie war auch reichlich an dem 43 *km* von der Küste entfernt liegenden Infektionsorte bei Badja (Lome-Landbezirk) in Togo vorhanden. In Kamerun ist bisher nie ein Fall von Gelbfieber konstatiert worden. Für beide Kolonien bildet die Bekämpfung der infolge ihrer Lebensgewohnheiten verhältnismäßig leicht ausrottbaren Mücke die wichtigste und den größten Erfolg versprechende Schutzmaßregel gegen Gelbfieber, da ein trotz aller Vorsichtsmaßregeln eingeschleppter Fall bei ihrem Fehlen keinen geeigneten Boden zur Weiterverbreitung findet.

Damit sind wir auf das Gebiet der Bekämpfung des Gelbfiebers gekommen. Eine Quarantäne gegen die Einschleppung des Gelbfiebers hat gar keinen Wert. Im Gegenteile ist die Gefahr der gegenseitigen Ansteckung bei längerem Beisammensein derselben Reisegesellschaft eine erhöhte. Bei der Abwehr des Gelbfiebers handelt es sich in erster Linie darum, den Körper gegen den Stich der blutsaugenden Weibchen zu schützen, die Mücken nicht nur in den Wohnräumen zu vertilgen, sondern vor allem ihre Brutstätten zu vernichten, ihnen durch Trockenlegung der Sümpfe die Existenzbedingung zu nehmen. Goeldi schlägt vor, zur planmäßigen rationellen Vertilgung der Mücken in den Gelbfieberdistrikten eigene „Mückenbrigaden" zu bilden, die Bevölkerung über die von seiten bestimmter Mücken drohende Gefahr und ihre beste Abwehr aufzuklären, in häuslicher Pflege verbleibender Gelbfieberkranken unentgeltlich Moskitonetze zu überlassen und bei den Spitalsbehandlungen gewissenhaft alle Vorsichtsmaßregeln zu befolgen. Den Reisenden in den Gebieten, in welchen das Gelbfieber endemisch ist, soll auf den Eisenbahnen und Dampfern, in den Schlafräumen durch Grassische Netze Schutz gegen die Mücken geboten sein. Wenn mit Austrocknen der Sumpfgebiete das letzte Stegomyiaweibchen vertilgt sein wird, hat auch das Gelbfieber sein Ende gefunden.

Diese Vorschläge sind auch im großen Maßstabe verwirklicht worden. Den Amerikanern ist es gelungen, Habana, einen der berüchtigsten endemischen Gelbfieberplätze der Welt, in kaum zwei Jahren gelbfieberfrei zu machen. Während im Jahre 1906 noch 301 Menschen in Habana an Gelbfieber starben, sank 1901 die Sterblichkeit auf 5 Fälle, um 1902 zum erstenmal seit Jahrhunderten gleich 0 zu sein.

Sobald ein Gelbfieberfall gemeldet wurde, wurden sofort alle Fenster und Türen des Raumes, in dem der Kranke lag, mit Drahtgaze mückensicher gemacht und die sämtlichen Zimmer mit Pyretrumpulver ausgeräuchert, die durch diesen Rauch betäubten Mücken zusammengekehrt und verbrannt. Außerdem wurde eine Wache vor das Haus gestellt, die dafür zu sorgen hatte, daß der mückensichere Verschluß intakt blieb. Zu gleicher Zeit wurden die Brutplätze der Gelbfiebermücke, die etwa 40% der in Habana vorkommenden Mücken ausmachte, vernichtet. Da, wo sich die Brutplätze nicht mit Petroleum unschädlich machen ließen, wurde zur Drahtgaze gegriffen. So wurden z. B. sämtliche Tonnen, in denen das als Trinkwasser dienende Regenwasser aufgefangen wurde, durch Drahtnetze verschlossen. Ein gleicher Kampf wird in Rio de Janeiro gegen das Gelbfieber geführt, es kostet jährlich zirka 800.000 Mk., aber der Erfolg lohnt ein solches Unternehmen. In Vera Cruz (Mexiko) ist die Sterblichkeit durch dieses System von 2566 auf 1858, also um ein Drittel gesunken. Im Jahre 1903 waren 357, 1904 nur noch 12 Todesfälle an Gelbfieber zu verzeichnen und von letzteren waren noch 4 über See eingeschleppt. Die letzten Zahlen beweisen übrigens, daß der Kampf gegen die Insekten auch noch weitere Vorteile für die Hebung des Gesundheitszustandes mit sich bringt, vermutlich weil noch andere Krankheiten durch die Insekten auf den Menschen übertragen werden.

79. Naturforscherversammlung in Dresden.

15. bis 21. September.

(Fortsetzung.)

Auf festerem Boden schon bewegt sich die objektive vergleichende Methode, die sich bemüht, das psychische Leben überall da, wo es in die Erscheinung tritt, zu prüfen — Psychologie der Kinder, der Rassen, der Verbrecher, der Abnormen, der Tiere. Die im engeren Sinne experimentelle Psychologie, die ursprünglich von der Messung der Abhängigkeit einer Empfindung von der Stärke des Reizes ausging, hat eine große Literatur und zahlreiche wertvolle Ergebnisse aufzuweisen, wenn auch nicht alle Hoffnungen, die an ihre Entwicklung geknüpft wurden, und speziell nicht die Hoffnungen auf ihre ausgedehntere Anwendbarkeit bei Geisteskranken, in Erfüllung gegangen sind. Experimentelle Psychologie in weiterem Sinne ist auch das Studium der von der Natur angestellten Experimente der geistig und nervös abnormen Zustände, und in der Tat verdankt die Seelenkunde der Beobachtung und Zergliederung krankhafter Zustände auf dem Gebiete des Gedächtnisses, der Bewußtseinserscheinungen und der Frage der Willensfreiheit usw. wichtige Resultate. Am auffallendsten wohl ist die Wandlung, die sich in bezug auf das Ziel der psychologischen Forschungen vollzogen haben. Erstrebt wird heute vielmehr eine Wirklichkeitspsychologie; nicht das menschliche Seelenleben im allgemeinen, sondern das individuelle Seelenleben ist Gegenstand der wissenschaftlichen Bemühungen geworden, und mit allen Hilfsmitteln wird versucht, aus der unendlichen Fülle der Variationen gesetzmäßige individuelle Typen herauszufinden. Von besonderem Interesse dabei sind die Bemühungen, Einsicht in das Wesen der genialen Geistestätigkeit zu gewinnen, wobei die naturwissenschaftliche Erkenntnis, das, was wir als Genie bezeichnen, nicht selten, mindestens in einzelnen Zügen, eine Abweichung vom Typus nach der krankhaften Seite hin darstellt, von den Vertretern der Geisteswissenschaften nicht ohne lebhaften Widerspruch hingenommen wird. Das Streben nach der Erkenntnis individueller Eigentümlichkeiten, gesetzmäßiger Besonderheiten im Geistesleben der Geschlechter, der Altersstufen, der Rassen findet seinen deutlichsten Ausdruck in der Neigung der modernen Psychologie, nach Ergebnissen von praktischer Verwendbarkeit zu suchen, die zum Teil auf die Pädagogik, namentlich aber auf die Rechtspflege befruchtend einwirken und noch mehr einwirken könnten. So



ist zum Beispiel das Studium der gesetzmäßigen Fehlerquellen in der Gedächtnisfunktion, die ja bei allen gerichtlichen Prozeduren, von der allergrößten Wichtigkeit ist, schon zu einem eigenen umfangreichen Kapitel geworden. Wohin wir sehen, finden wir in der psychologischen Forschung ein lebhaft bewegtes Bild. Gewiß viel Irrtum, aber auch viel Streben und rüstiges Zugreifen, viele Wege, auf denen aber ein Ziel erstrebt wird, die Erkenntnis der Naturgesetze in dem, was wir psychisches Leben nennen.

Über die Bestimmungen des Geschlechts nach Versuchen mit höheren Pflanzen sprach in der Abteilung für Botanik der Leipziger Gelehrte Professor Correns. Nach allen kritischen Versuchen früherer Forscher muß das Geschlecht der Nachkommenschaft getrenntgeschlechtlicher Organismen im allgemeinen nach der Befruchtung schon entschieden sein. Es kann sich nur darum handeln, ob es schon vor der Befruchtung in den Keimzellen unveränderlich bestimmt ist, ob es bei derselben entschieden wird oder ob die Keimzellen zwar bestimmte geschlechtliche Tendenzen besitzen, die definitive Entscheidung aber erst bei ihrer Vereinigung zum Embryo fällt. Die Geschlechterbildung bei Embryonen, die sich ohne Befruchtung entwickeln, beweisen für das Verhalten befruchtungsbedürftiger Keimzellen nichts sicheres. Eine Entscheidung läßt sich durch Kreuzung getrenntgeschlechtlicher Arten mit zwittrigen und einhäusigen bringen. Hauptversuchsobjekte waren Zaunrübenarten. Die kritische Diskussion der ausgedehnten Experimente zwingt zu dem Schlusse, daß die weiblichen Keimzellen (Eizellen) sämtlich die gleiche Tendenz haben, weibliche Individuen hervorzubringen, die männlichen Keimzellen (Pollenkörner) dagegen zur Hälfte die Tendenz, männliche und zur Hälfte jene, weibliche Individuen hervorzubringen. Die eigentliche Entscheidung fällt erst bei der Vereinigung der Keimzellen; besitzen sie gleiche Tendenz — es kann das nur die weibliche sein — so entsteht ein weibliches Individuum, besitzt die männliche Keimzelle dagegen eine andere Tendenz als die weibliche — es kann dies nur die männliche sein — so entsteht ein männliches Individuum, indem diese männliche Tendenz über die weibliche der Eizelle dominiert. Das männliche Individuum kann bei der Keimzellbildung wieder Keimzellen mit der einen oder der anderen Tendenz liefern, das weibliche Individuum, das aus der Vereinigung von Keimzellen gleicher Tendenz hervorgegangen ist, nur Keimzellen mit einerlei Tendenz, wieder der weiblichen. Auch Vererbungsversuche mit den Übergangsstufen zwischen Zwittrigkeit und Getrenntgeschlechtigkeit, die bei manchen Pflanzen vorkommen, zeigen einstweilen wenigstens so viel, daß rein weibliche Individuen lauter gleichartige Keimzellen mit der Tendenz zu weiblichen Individuen hervorbringen. Wie weit sich diese für höhere Pflanzen gewonnenen Resultate verallgemeinern und auch auf das Tierreich ausdehnen lassen, bedarf noch weiterer Studien.

Über Ultramikroorganismen sprach Professor Dr. Hans Molisch, Prag. Schon vor Erfindung des Ultramikroskops hat man die Frage aufgeworfen, ob es Lebewesen gibt, die ihrer Kleinheit wegen mit einem gewöhnlichen Mikroskop stärkster Leistungsfähigkeit nicht mehr gesehen werden können, die also jenseits der mikroskopischen Wahrnehmung stehen. Der Gegenstand ist tatsächlich von mehrfacher Bedeutung. Der Biologe möchte wissen, in welch kleinsten Größen Zellen noch selbständig auftreten können, ob die Mosaikkrankheit des Tabaks vielleicht durch ultramikroskopische Lebewesen bedingt ist und ob nicht auch bei gewissen Krankheiten der Tiere (Klauenseuche) und Menschen, wie Masern, Scharlach und anderen, Mikroben im Spiele sind, die dem Auge des Forschers bisher wegen ihrer Kleinheit entgangen sind. Dank den Bemühungen der Herren Siedentopf und Zsigmondi sind wir jetzt im Besitze des Ultramikroskops, das uns in der mikroskopischen Auflösung der Materie einen Riesenschritt vorwärts gebracht hat. Während wir mit dem besten gewöhnlichen Mikroskop (praktisch genommen) noch Teilchen, und zwar den vierten Teil eines Tausendstels eines Millimeters sehen können, vermag man mit dem Ultramikroskop noch hundertmal kleinere Teilchen wahrzunehmen, also Größen, die bereits an die molekularen Dimensionen gewisser Eiweißkörper heranreichen. Nach den Untersuchungen von Raehlmann und Gaidukow, denen wir wertvolle ultramikroskopische Beobachtungen verschiedener Art verdanken, wären ultramikroskopische Organismen etwas ganz gewöhnliches. Allein auf Grund seiner eigenen Erfahrungen ist Molisch zu entgegengesetzten Ergebnissen gelangt. Es ist bisher kein einziges Lebewesen nachgewiesen, das ultramikroskopischer Natur wäre. Wenn auch die Möglichkeit, daß es ultramikroskopische Lebewesen gibt, nicht bestritten werden soll, so wird doch die künftige Forschung zeigen, daß sie, falls sie überhaupt existieren sollten, keineswegs häufig, sondern relativ sehr selten sind. Die im Ultramikroskop wegen der Kontrastwirkung zwischen hell und dunkel so deutlich und leicht wahrnehmbaren Mikroben sind nach Molesch nicht von ultramikroskopischer Größe, denn sie können bei genauer Beobachtung auch mit gewöhnlichen Mikroskopen stärkster Leistungsfähigkeit gesehen werden und entpuppen sich in der Regel als Bakterien. In Übereinstimmung damit befindet sich die Tatsache, daß alle bisher bekannten Bakterien, die auf festem Nährboden Kolonien bilden, teils mikroskopisch auflösbar sind. Würden ultramikroskopische Bakterien häufig vorkommen, wie Raehlmann und insbesondere Gaidukow behaupten, so wäre zu erwarten, daß doch wenigstens hie und da Kolonien von solchen Lebewesen auf festem Nährboden auftreten und dadurch auch für das freie Auge sichtbar werden. Das hat aber bisher kein Bakteriologe feststellen können, denn alle Bakterienkolonien erwiesen sich, wenn sie mit einem gewöhnlichen Mikroskop untersucht wurden, als aus mikroskopischen Bakterien zusammengesetzt, die im äußersten Falle noch als winzige Pünktchen erschienen, wie zum Beispiel der Erreger der Lungenseuche der Rinder. Am ehesten wäre noch bei der Maul- und Klauenseuche und gewissen anderen Krankheiten an einen ultramikroskopischen Organismus zu denken, aber nach anderen Untersuchungen könnte es auch sein, daß es sich hier und in analogen Fällen gar nicht um ein pathogenes Lebewesen, sondern um eine Stoffwechselkrankheit handelt.

Der Physiker Erreras behauptet übrigens aus theoretischen Gründen, daß eventuell existierende Ultramikroben nicht viel kleiner sein können als die kleinsten bisher bekannten Lebewesen.

Ein Visier für weitsichtige Schützen.

In der Ausstellung demonstrierte der Dresdener Augenarzt Dr. Fritz Schanz eine neue Vorrichtung am Gewehre, das Spiegelvisier. Ältere Herren kommen oft mit der Klage, daß sie beim Schießen nicht mehr die Kimme des Visiers erkennen können. Ihre Augen sind vollständig gesund. Dieser Übelstand ist einzig und allein durch die mit dem Alter sich einstellende Abnahme der Akkomodation des Auges bedingt. Derartige Augen haben für die Ferne vollständig normales Sehvermögen, aber in der Nähe erscheinen ihnen kleine Gegenstände verschwommen. Diese Augen sind infolge des Alters weitsichtig geworden. Durch Brillen kann man ihnen die Möglichkeit verschaffen, nahe Gegenstände wieder deutlich zu sehen, aber durch solche Brillen erscheinen die ferneren Gegenstände wieder undeutlich. Um weitsüchtigen Schützen eine zuverläsige Visiervorrichtung zu liefern, kommt es darauf an, den hinteren Visierpunkt weiter vom Auge abzurücken und ihn in eine Entfernung zu legen, in der er auch von solchen weitsichtigen Augen gesehen wird. Wir besitzen dazu ein sehr einfaches Mittel: den Spiegel. Stellen wir hinter das Korn einen Spiegel so, daß sich das Visier darin spiegelt, so kann der Schütze auch das Spiegelbild des Visiers zur Einstellung verwenden. Durch Einführung des Spiegelvisiers ist nunmehr auch den altersweitsichtigen Schützen geholfen, sie schießen mit dieser Vorrichtung sicherer als in ihren besten Jahren.



Diabetes und Basedowsche Krankheit.

In der Sektion für innere Medizin hielt Dr. A. Lorand, Karlsbad, einen Vortrag über „Klinische Beiträge zur Frage über die Beziehungen der Schilddrüse zum Diabetes", in welchem er unter anderem ausführte: Die Zuckerkrankheit steht in sehr innigen Beziehungen zur Basedowschen Krankheit. Beide Krankheitszustände haben viele gemeinsame Symptome. Die typischen Symptome der Zuckerkrankheit: Durst, Polyphagie (Freßsucht), Abmagerung, große Müdigkeit, Hautjucken usw. kommen auch bei der Basedowschen Krankheit recht häufig vor, anderseits wieder die typischen Symptome der Basedowschen Krankheit: Hitzegefühl, viel Schwitzen, Schlaflosigkeit recht oft im Diabetes. Diabetes und Basedowsche Krankheit kommen sehr häufig in denselben Familien vor. In beiden Krankheitszuständen besteht eine ererbte Anlage recht häufig zur Erwerbung der Krankheit, weshalb insbesondere bei den Kindern der Diabetiker der Genuß von Süßigkeiten und Mehlspeisen aus prophylaktischen Gründen zu beschränken wäre.

Die Ursache der Basedowschen Krankheit ist eine Übertätigkeit der Schilddrüse. So wie dies Redner in seinem vor vier Jahren erschienenen Buche darlegte, besteht auch im Diabetes eine wichtige etiologische Rolle der Schilddrüse. Die Behandlung des Diabetes mittels Blutserum von Hammeln, welchen die Schilddrüse vorher exstirpiert wurde, hat Redner mit gutem Erfolge in Fällen von Diabetes verwendet. Die Bezeichnung „Stoffwechselkrankheit" ist für den Diabetes keine zutreffende, da häufig der Stoffwechsel im Diabetes gar nicht verändert ist. Umso konstanter sind aber Veränderungen der verschiedenen Blutgefäßdrüsen, weshalb es zweckmäßiger ist, den Diabetes, anstatt in die Klasse der Stoffwechselkrankheiten, zusammen mit der Basedowschen Krankheit in die Klasse der Erkrankungen der Blutgefäßdrüsen zu reihen.

(Fortsetzung folgt.)

Zweiter internationaler Kongreß für Säuglingspflege (Gouttes de lait).

Die Eröffnungsfeier des zweiten internationalen Kongresses der „Gouttes de lait" fand im Palais des Académies in Gegenwart des Ministers Helleputte, der Staatsminister Beernaert und Lejeune, des Gouverneurs von Brabant Beco und anderer hervorragender öffentlicher Persönlichkeiten statt. Der Kongreß zählte 620 Mitglieder und 16 Staaten waren offiziell vertreten: Deutschland: Dr. Dietrich und Dr. Sieveking. Frankreich: Maygrier, Potelet, Bué und St. Philippe. Ungarn: Deutsch. Holland: Van Wely. Belgien: Velge und Van Hulst. Italien: Di Montagliari, Concetti und Brassi. Luxemburg: Ulveding. Norwegen: Johannessen. Schweden: Blumenthal. Australien: Hooper. Argentinien: Davel und Wilde. Spanien: Ulecia y Cardona. Bulgarien: Zotolovitz. Rumänien: Mme. Alexandresco. Kanada: Rudik. Uruguay: Morquio.

Die Plenarversammlung nahm bei Schluß des Kongresses die Statuten der internationalen Union definitiv an. Der Ehrenpräsident der Union wird Dr. Devaux, Belgien. sein. Zum Präsidenten des permanenten Bureaus wurde Prof. Dr. Escherich. Wien, zum Generalsekretär Dr. Eugen Lust, Brüssel, zum zweiten Sekretär Dr. Maroy, Kassierer Dr. Marchandise und Dr. Marzorati gewählt.

Die Gouttes de Lait sind Einrichtungen zur Verteilung einer einwandfreien künstlichen Säuglingsnahrung, soweit hiebei das Wort „einwandfrei" überhaupt seine Berechtigung hat; diese Institute sind in ihrem Ursprungslande in Frankreich populär und es hat dort eine gewisse historische Berechtigung, ihren Namen auf das Banner des Säuglingsschutzes zu schreiben. Für die Deutschen aber — und es kam besonders durch die Professoren Schloßmann, Düsseldorf, und Siegert, Köln, zum Ausdruck — sind diese Einrichtungen nur eine Etappe, nur ein kleines und nicht immer ungefährliches Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, denn es unterliegt keinem Zweifel, daß nicht ganz selten solche Einrichtungen der natürlichen und besten Ernährung des Säuglings an der Mutterbrust eine unerwünschte Konkurrenz machen werden. Diese Auffassung fand auf dem Kongreß auch allenthalben und besonders von seiten der englischen Vertreter ihre berechtigte Unterstützung, und es ist nicht mehr wie billig, daß von jetzt ab der Kongreß den Namen eines Internationalen Kongresses für den Schutz des Kindes im ersten Lebensjahre führen wird und aus einem gewissen historischen Respekt und als Ausdruck einer gewissen Dankbarkeit für die Gründer der „Gouttes de Lait, die den ersten derartigen Kongreß einberufen haben, den Zusatz „Gouttes de Lait", der nicht übersetzt werden kann und darf, in Paranthese weiter führt.

Als weiteres wesentliches Ergebnis des Kongresses ist die Gründung eines permanenten Bureaus der Internationalen Vereinigung der Säuglingsfürsorgeeinrichtungen zu betrachten, in dem Deutschland, entsprechend der Intensität der Bewegung auf diesem Gebiete, intensiv und extensiv vertreten ist. Der Anregung des offiziellen Vertreters des Reiches, Herrn Geheimen Obermedizinalrats Dr. Dietrich vom preußischen Kultusministerium, der neben Professor Heubner und Biedert dem Bureau als Ehrenmitglied angehören wird, ist es zu verdanken, daß künftighin diese internationale Vereinigung von seiten der verschiedenen Regierungen ähnlich wie die Tuberkulosekonferenz schon jetzt für die Tuberkulosefrage ein offizieller Mittelpunkt für alle Bestrebungen der Säuglingsfürsorge gelten wird und daß voraussichtlich die verschiedenen an diesen Fragen interessierten Verwaltungen — und das dürften die aller Kulturstaaten sein — ihr auch ihre energische materielle Unterstützung leihen werden. Diese engere Konferenz wird nach den gefaßten Beschlüssen an jeweils verschiedenen Orten tagen.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß die Wissenschaft der Zahlen, die man Statistik nennt, sich allenthalben eines mehr oder minder großen Mißtrauens zu erfreuen hat, und es ist deshalb zu hoffen und zu wünschen, daß die Schaffung einer internationalen statistischen Kommission, die stattfand, den schlechten Ruf dieser Wissenschaft beseitigen wird. Denn es wird ihre Aufgabe sein, einheitliche Grundsätze für die statistischen Methoden zur Beurteilung der Säuglingssterblichkeit zu finden.

Neben diesen allgemeinen Fragen hat sich der Kongreß noch mit einer Reihe Detailfragen befaßt, die die Physiologie und Pathologie des Säuglingsalters zum Gegenstande hatten und ebenso wie die Fragen der Milchuntersuchung und der Überwachung der Milchproduktion und des Verkaufes ein mehr fachwissenschaftliches Interesse hatten.

(Schluß folgt.)

II. Referate.

Über die durch Alkohol hervorzurufenden pathologisch-histologischen Veränderungen. Von Prof. Dr. P. v. Baumgarten in Tübingen.

Verfassers Versuche erstrecken sich hauptsächlich dahin. ob direkte gewebsschädigende Wirkung des Alkohols bei unmittelbarer Einführung desselben in das lebende Gewebe sich feststellen lasse. Verfassers Versuche über die direkte gewebsschädigende Wirkung des Alkohols sind noch nicht abgeschlossen, seine bisherigen Erfahrungen sind folgende: Wurde Alkohol subkutan injiziert, so trat bei Injektion von 96 bis 100% Alkohol Nekrose der Haut auf, während Alkohol von 70% diesen Effekt haben kann, jedoch nur bei wiederholter Injektion an gleicher Stelle; daß dagegen Alkohol von 50% und abwärts selbst bei in Pausen von einigen Tagen wiederholter Injektion in die gleiche Gewebsstelle weder Nekrose noch Entzündung hervorrufe. Die betreffenden Hautstellen

unterscheiden sich von Anfang bis Ende der Beobachtungszeit makroskopisch in nichts von den mit physiologischer Kochsalzlösung injizierten Hautstellen. Auch mikroskopisch fehlen in den mit Alkohol von 50% und abwärts behandelten Hautstellen Erscheinungen von Nekrose und Entzündung.

Daß sich an die, durch hoch- oder höchstkonzentrierten Alkohol erzeugten Nekrosen demarkierende produktive oder eitrige Entzündungsprozesse anschließen oder anschließen können, ist bekannt; diese sekundären Vorgänge hängen aber nur indirekt, nicht direkt mit der Wirkung des Alkohols auf die Gewebe zusammen. Die Versuche, auf dem Wege durch das Blut zirrhotische Veränderungen der Organe, namentlich der Leber, experimentell bei Versuchstieren hervorzubringen, haben ein einheitliches Ergebnis nicht zutage gefördert, vielmehr zu diametral entgegengesetzten Resultaten geführt. Während die einen aus ihren Befunden den Schluß ziehen, daß der resorbierte Alkohol imstande sei, eine echte Leberzirrhose bei den Versuchstieren zu bewirken, geben andere an, bei ihren, lange Zeit mit großen Dosen von Alkohol behandelten Versuchstieren niemals auch nur eine Spur von Leberzirrhose gefunden zu haben; eine dritte Gruppe der Experimentatoren schreibt dem resorbierten Alkohol zwar nicht die Fähigkeit, Zirrhose hervorzurufen, aber doch die, Parenchymzellendegenerationen und -nekrosen zu bewirken, zu; eine vierte Gruppe stellt auch diese Wirksamkeit in Abrede.

Verfasser stellt sich nach seinen Untersuchungen auf die Seite der letztgenannten Gruppe. Er habe niemals bei seinen Versuchstieren, selbst nach einer über viele Monate ausgedehnten Behandlung derselben mit großen Dosen von Alkohol von der Subkutis oder von der Darmschleimhaut aus, zirrhotische Veränderungen der Organe, speziell der Leber, gesehen, nicht einmal mikroskopische Andeutungen von solchen: ebensowenig Parenchymzellendegenerationen oder -nekrosen, so daß seine experimentellen Untersuchungen der klinischen Anschauung, daß der chronische Alkoholgenuß schwere nekrobiotische und zirrhotische Veränderungen der parenchymatösen Organe, speziell der Leber, hervorzurufen geeignet sei, keine Stütze bieten. Der einzige auf den Alkohol zu beziehende pathologisch-anatomische Befund, welchen er bei der Sektion in den Fällen von akuter tödlicher Intoxikation mit Alkohol regelmäßig erhoben hat, bestand in der Anwesenheit zahlreicher hämorrhagischer Erosionen der Magenschleimhaut von Kaninchen. Diese hämorrhagischen Erosionen führt Verfasser auf vasomotorische Störungen (Gefäßspasmen) mit Arrosion der anämisierten Bezirke durch den Magensaft zurück.

Die klinische Anschauung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen übermäßigem Alkoholgenuß und Leberzirrhose gründet sich wesentlich auf die Tatsache, daß Menschen mit Cirrhosis hepatis häufig Potatoren sind. Daß aber nicht auch umgekehrt Potatoren mit Leberzirrhose behaftet sind, hat bereits v. Hansemann nachdrücklich hervorgehoben, und P. kann auf Grund von Obduktionsbefunden nachweisen, daß nicht mehr als 5—6% der von ihm sezierten Potatoren Leberzirrhose hatten. Stellt man diese relative Seltenheit des Vorkommens der Leberzirrhose bei Potatoren mit den negativen Ergebnissen der zwecks Erzielung einer Alkoholzirrhose bei Tieren angestellten Experimente zusammen, so wird man nicht umhin können, mit v. Hansemann dem Abusus spirituosorum nur eine disponierende, nicht eine ätiologische Rolle in der Pathogenese der Leberzirrhose zuzuschreiben, etwa in der Weise, daß das Potatorium die Funktionen der Magendarmwand schädigt und dadurch die Resorption gewisser, gelegentlich im Magendarmkanal auftretender toxischer, zur Hervorbringung zirrhotischer Veränderung der Leber geeigneter Stoffe begünstige. Das konstante Ausbleiben einer Leberzirrhose bei den der chronischen Alkoholintoxikation unterworfenen Tieren wäre dann vieileicht dadurch zu erklären, daß die betreffenden toxischen Stoffe im Magendarmkanal von Tieren nicht gebildet werden. (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 42, 1907.)

*

Experimenteller Beitrag zur Wirkung des Yohimbins auf den weiblichen Genitalapparat. Von Dr. Fran Daels, Gent.

D. hat folgende Versuche angestellt:

Versuch I. 3 Hündinnen von mittlerer Größe (Nr. 1, 2 und 3). Nr. 1 ist brünstig, zeigt Hyperämie und Anschwellung der äußeren Genitalien, abundante schleimige Sekretion. Nr 2 und 3 zeigen nichts auffallendes. Die drei Tiere bekommen per os zweimal täglich 0·007 *g* Yohimbin lacticum (Spiegel) in 1 prom. wässeriger Lösung. Vom dritten Tage ab zeigt Nr. 1, vom vierten Tage ab auch Nr. 2 stärkeren und blutigen Ausfluß. Bei Nr. 3. beobachten wir nur eine geringe schleimige Sekretion.

In der zweiten Woche dieser Darreichung bemerkten wir in dem Käfige blutige Fäzes.

Nach 14 Tagen Laparotomie.

Bei den drei Tieren sind die Uterushörner kolossal angeschwollen, sie zeigen den makroskopischen Status der Brunst. Bei den zwei ersten ist die Follikelreihe stark ausgeprägt. Außerdem finden wir beim ersten Tiere starke Hämorrhagien in den Parametrien. Bei den drei Tieren wird die doppelseitige Ovariektomie vorgenommen. Während der folgenden Tage und Wochen blieb der Ausfluß aus der Vulva bei 1 und 3 deutlich weiter bestehen, verlor aber seinen hämorrhagischen Charakter.

Nach einem Monate zweite Laparotomie. Bei den Tieren 1 und 3 besitzen die Uterushörner noch ein der Brunst entsprechendes makroskopisches Aussehen. Bei Nr. 2 hatten sie stark an Größe abgenommen. 10 Tage ungefähr nach der zweiten Operation war bei den Tieren 1 und 3 der Ausfluß viel geringer geworden, und die äußeren Genitalien nahmen deutlich an Größe ab.

Neue Darreichung von Yohimbin lacticum zweimal täglich 0·007 *g* per os. Nach einer Woche zeigte sich wieder starke Hyperämie der äußeren Genitalien neben blutigem Ausfluß bei den Tieren 1 und 2. Bei Nr. 1 waren noch andere Symptome der Brunst, wie Unruhe, Rutschen mit den Genitalien auf dem Boden, deutlich hervorgetreten. Nr. 3 zeigte nichts auffallendes. Die zu dieser Zeit vorgenommene Sektion ergab: Uterushörner ziemlich klein, Hyperämie der Schleimhaut, hämorrhagische Flecken. Bei Nr. 2 war ein Teil eines Uterushornes in der vorigen Operation abgebunden gewesen und enthielt jetzt unter Druck eine stark blutige Flüssigkeit, was wir nie unter normalen Umständen durch ähnliche Bedingungen auftreten sahen. Bei Nr. 3, im Gegenteil zu den vorigen, waren die Uterushörner sehr klein geworden und zeigten keine einzige der oben beschriebenen Erscheinungen.

In diesem Versuche schien also das Yohimbin die Brunst hervorgerufen zu haben oder sie auf ganz besondere Weise bis zum hämorrhagischen Ausfluß und zu den Hämorrhagien in den Paramentrien verstärkt zu haben. Haben sich einmal die Brunsterscheinungen eingestellt, so ist die Ovariektomie nicht imstande, sie in kurzer Zeit zur Rückbildung zu bringen. Diese Tatsache spricht gegen die kausale Auffassung der Follikelreife und des damit erzeugten Reizes als Ursache der Brunsterscheinungen.

Versuch II. 4 Hündinnen (Nr. 4, 5, 6 und 7), ungefähr $^3/_4$ Jahre alt. Sie besitzen noch den Ausdruck von jungen Tieren, obwohl sie schon eine gewisse Größe (0·50 *m* Höhe) erreicht haben. Sie bekommen zweimal täglich per os 0·007 *g* Yohimbin lacticum in wässeriger Lösung. Mit Ausnahme einer gewissen vulgären Hyperämie zeigt sich an den Genitalorganen nichts besonderes. Im Gegenteil schon am 5. Tage der Darreichung blutige Fäzes. Im Laufe der zweiten Woche bei zwei Tieren Erscheinungen einer progressiven Schwäche, welche in 3—4 Tagen zum Tode führte. Die zwei übrigen Tiere wurden am 14. Tage getötet.

Die Sektion ergab bei den vier Tieren eine starke Hyperämie der Abdominalorgane. Jede etwas besondere Modifikation der Uterushörner fehlte vollständig. Bei den zwei gestorbenen Hündinnen ausgeprägte Einstülpung des Dünndarmes in den Dickdarm. In einem Falle betrug sie ungefähr



0·20 *m*. Die hämorrhagischen Darmwände waren stark angeschwollen, so daß in diesen Partien das Lumen durch die eingestülpten Teile vollständig obliteriert war. Eins von den zwei übrigen Tieren zeigte eine starke Hyperämie des untersten Teiles des Dünndarmes, während beim anderen unter der Schleimhaut desselben Darmteiles zahlreiche kleine hämorrhagische Flecken zu beobachten waren.

Diese Versuchsreihe bewies, daß das Yohimbin seine sogenannte spezifische Wirkung auf die Brunsterscheinungen nicht auszuüben vermag. Das Resultat war ganz negativ, und es hat nur dazu gedient, eine bis jetzt ungeahnte und nicht wenig gefährliche Nebenwirkung hervorzuheben.

Versuch III. 3 Hündinnen (8, 9 und 10), welche spätestens vor einem Monate geworfen haben, bekommen zweimal täglich per os 0·007 *g* Yohimbin lacticum. Bei einem von diesen Tieren bemerkten wir im Laufe der zweiten Woche blutige Fäzes, während die Symptome einer großen Schwäche hervortraten. Wir haben dann unmittelbar mit der Darreichung aufgehört. Einige Tage blieben noch die Zeichen der intestinalen Hämorrhagie weiterbestehen, dann erholte sich das Tier, allerdings nur sehr langsam. Die beiden anderen Tiere bekamen die Substanz während zwei Wochen. Das Resultat der klinischen Beobachtung und der Sektion war durchaus negativ. Keine einzige makroskopische Erscheinung der Brunst oder der Follikelreife war gegenwärtig. Hier wollte D. wie im vorigen Versuche nachforschen, ob bei Tieren, die sich in Umständen befinden, in welchen die Brunst normalerweise nie eintritt, in diesem Falle einen Monat nach dem Werfen, die Brunst oder die Follikelreife durch Yohimbinwirkung willkürlich hervorzurufen sind. Die Antwort war negativ.

Versuch IV. Da im vorigen Versuche der Uterus sich vielleicht unter solchen Bedingungen befand, daß es den Brunsterscheinungen unmöglich war, sich zu entwickeln und daß die Ovarien nur deshalb keine Follikelreife zeigten, weil der Uterus auf sie, wie während der Schwangerschaft, einen inhibitorischen Einfluß ausübte, hat D. zwei Tieren, welche gleichfalls vor einem Monate geworfen hatten, uterektomisiert und dann einem von ihnen während 15 Tagen, dem anderen während 25 Tagen Yohimbin zugereicht. Das makroskopische Resultat war vollständig negativ.

Die beiden letzten Versuche lehren, daß bei Tieren und in Zeiten, wo natürlicherweise die Brunst nie auftritt, also bei Tieren, welche zu jung sind oder vor einem Monate geworfen haben, das Yohimbin auch nicht imstande ist, die Brunst oder die Follikelreife hervorzurufen. Gefährliche Nebenerscheinungen können auftreten, welche allerdings durch Aussetzen der Darreichung wieder verschwinden. Yohimbin sei somit eine nicht ungefährliche Substanz. (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 42, 1907.)

*

Unsere Erfahrungen mit Novokain. Von Dr. Otto Stein.

Betreffs der Technik wollen wir erwähnen, daß die Injektion immer erst vorgenommen wurde, nachdem zirka 2 *cm*³ Liquor in rasch aufeinander folgenden Tropfen abgeflossen war. Das Novokain wurde injiziert, auch ohne vorher aspiriert zu haben. Es folgte dann sofort Beckenhochlagerung, in der Regel 4 Minuten lang; gewöhnlich war die Anästhesie dann so weit vorgeschritten, daß mit der Operation begonnen werden konnte; nur in einigen wenigen Fällen ließ der Erfolg zu wünschen übrig. Wir können aber die Schuld daran nicht dem Präparate selbst zuschreiben, vielmehr glauben wir dies teils auf eine nicht genügende Reinigung der Injektionsspritze von der Sodalösung zurückführen zu müssen, teils auch auf die ungenügende Beckenhochlagerung. Auf diese beiden Punkte haben wir in letzter Zeit besonders geachtet und haben in den letzten 25 Fällen Mißerfolge nicht wieder beobachtet. Nicht ohne Einfluß auf die Wirksamkeit der Injektion scheint uns eine kurz vorhergegangene Lumbalanästhesie zu sein; in einem Falle war die letzte Injektion 6 Tage, bei einem anderen 3 Wochen vorher gemacht worden; die Anästhesie war in beiden Fällen unvollständig.

Die Menge der injizierten Novokain-Suprareninlösung betrug in der Regel 2—3 *cm*³, was einer Dosis von 0·1—0·15 Novokain entspricht und auch in beinahe allen Fällen genügte. Nur zweimal wurde diese Dosis überschritten. Das einemal war die Anästhesie nach der ersten Injektion nicht vollständig, erst nach der Injektion von weiteren 2·5 *cm*³ Novokain trat völlige Anästhesie ein und hielt auch 4 Stunden lang an. Es handelte sich hiebei um einen Epileptiker, was vielleicht nicht ohne Einwirkung war. In dem zweiten Falle war ebenfalls kurze Zeit vorher (10 Tage) unter Lumbalanästhesie operiert worden. Es wurden deshalb mit Rücksicht darauf und auf die voraussichtlich lange Dauer der Operation (Amputatio recti mit Resektion des Steißbeins) bei einem sehr kräftig gebauten Manne 4·5 *cm*³ der Lösung injiziert mit bestem Erfolge und ohne jegliche nachteiligen Folgen. Da bei dieser Operation ein stärkeres Zerren am Peritoneum unvermeidlich und schmerzhaft war, wurde für diese Zeit eine kurze Äthernarkose angewandt, die anderen Manipulationen vorher und nachher wurden nicht als Schmerz empfunden.

Die Dauer der Anästhesie betrug durchschnittlich drei Stunden.

Von der Anwendung der Lumbalanästhesie haben wir abgesehen:

1. bei Personen unter 15 Jahren,
2. bei hysterischen und sehr aufgeregten und ängstlichen Personen,
3. bei solchen, die eine Allgemeinnarkose vorzogen.
4. bei ausgedehnteren, septischen Prozessen, z. B. Osteomyelitis,
5. Bei eingreifenderen Operationen der Bauchhöhle.

Als Lokalanästhetikum haben wir nur noch Novokain angewandt, bis jetzt immer mit sehr gutem Erfolge und ohne irgendwelche nachteilige Wirkungen; wir haben jedenfalls nie Gangrän oder Störungen der Heilung beobachtet. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 50, 1906.)

*

Über die Gefahren der Übertragung von Infektionsstoffen durch das Telephon und ihre Verhütung. Von E. Tomarkin.

In der Ära regsamster Prophylaxis und weitgreifender sanitärer Maßnahmen, wo allen Objekten, die als Träger von Infektionsstoffen dienen können, erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet wird, darf auch das Telephon, als vielgebrauchtes öffentliches Verständigungsmittel eine gebührende Berücksichtigung beanspruchen.

Diese Bestrebungen sind wohl zum Teile darauf zurückzuführen, daß im Publikum übertriebene Vorstellungen über die Gefahr, durch Benutzung des Telephons der Ansteckung mit Infektionskrankheiten ausgesetzt zu sein, verbreitet sind.

Demgegenüber möchte ich von vornherein betonen, daß die Rolle des Telephons als Überträger von Infektionsstoffen sicher vielfach vom Laien und überhaupt vom Publikum weit überschätzt wird, und daß der Infektionskreis, der hier geboten ist, ein relativ enger ist. Wenn nun auch ferner bei dieser beschränkten Zahl von Krankheiten, welche durch das Telephon übertragen werden können, das Zustandekommen der Infektion noch dazu durchaus von einer Summe von Faktoren abhängt, die nicht immer zusammentreffen werden, so genügt doch die Möglichkeit einer Übertragung von Infektionskeimen durch das Telephon, um alle Bestrebungen willkommen zu heißen, die auf ihre Abwehr gerichtet sind.

Zu diesen rein hygienischen Bedenken treten noch nicht zu unterschätzende Momente ästhetischer Natur hinzu, da es wohl nicht jedermanns Geschmack sein wird, z. B. das Ohr mit Flächen in innigen Kontakt zu bringen, die mit den Produkten der äußeren Haut fremder, vielfach kranker Personen dauernd und gründlich verunreinigt sein können.

In das Gebiet der Ästhetik gehören auch die Bestrebungen, zugleich mit der Desinfektion eine Desodorisierung der



Schallbecher herbeizuführen, die z. B. nach Benutzung von Personen, die mit üblem Mundgeruche behaftet sind, tatsächlich auf längere oder kürzere Zeit einen unangenehmen oder gar widerlichen Geruch ausströmen lassen.

Haben wir von vornherein die Infektionsgelegenheit durch das Telephon auf ihr richtiges Maß zurückgeführt und damit Übertreibungen vorzubeugen gesucht, so sei es uns nun gestattet, die Infektionsmöglichkeit vom rein theoretischen Standpunkte in Kürze zu besprechen.

Eine Übertragung von Krankheitskeimen bei Benutzung des Telephons kann stattfinden entweder durch Vermittlung des Mundstückes oder des Hörtrichters.

Wenn wir zunächst die Rolle des Schallbechers bei Übertragung von Infektionskeimen etwas näher betrachten wollen, so müssen wir mit einigen Worten erörtern, wie die Infektionserreger in den Schallraum hinein und wie sie unter Umständen hinaus gelangen können.

Wenn auch festgestellt ist, daß die Exspirationsluft gesunder und kranker Menschen vollkommen keimfrei ist, so wissen wir doch seit den grundlegenden Untersuchungen Flügges, daß sprechende und namentlich hustende Personen einen Nebel feinster Tröpfchen weit um sich verbreiten, die mit Bakterien beladen sind. Bedenkt man, daß z. B. ein Phthisiker täglich etwa 7200 Millionen Bazillen mit seinem Sputum herausbefördert, so gewinnt man annähernd einen Maßstab für den Keimreichtum solcher versprühter Tröpfchen.

Zwar hat Cornet, hauptsächlich bezüglich der Tuberkulose, den Umstand geltend gemacht, daß diese Tröpfchen nur verstäubten Mundspeichel darstellen, der höchst selten Tuberkelbazillen enthält, immerhin wird auch von diesem Forscher anerkannt, daß bei Hustenstößen und namentlich in der Nähe einer sprechenden Person auch Sekrete der Tiefe verschleudert werden, die wohl mit Tuberkelbazillen behaftet sein können.

Alle diese Momente treffen nun bei den Verhältnissen, unter welchen das Telephonieren stattfindet, zu, und es kann von keiner Seite ernsthaft in Abrede gestellt werden, daß bei der Nähe, in der gesprochen, und bei der lauten Sprache, die häufig beim Telephonieren angewendet wird, auch Absonderungsprodukte der tieferen Respirationswege gelegentlich in das Innere des Schallbechers gelangen werden.

Nach vollzogenem Sprechakte werden also die Innenwandungen des Schallbechers neben feinsten Tröpfchen mit ausgeschleuderten gröberen, nicht flugfähigen Sekretpartikelchen bedeckt sein, während ein Teil der flugfähigen Gebilde sich längere Zeit — mehrere Stunden — in der Luft des Trichters schwebend erhält, um nach und nach, je nach den herrschenden Luftströmungen, in der nächsten Umgebung und hauptsächlich im Innern des Schallbechers, weil die Luftbewegung hier infolge äußerer Verhältnisse eine ganz geringe ist, abzusinken. Diese Ablagerungen trocknen allmählich ein und können nun weiterhin, wenn mehr oder weniger forzierte Luftströme über sie hinwegstreichen, wieder aufgewirbelt werden, was allerdings durch die hygroskopischen Eigenschaften des Sputums in gewissem Grade erschwert werden dürfte. Damit ist für eine nachträglich das Telephon benutzende Person eine Infektionsmöglichkeit in zweifacher Weise geboten: die Inhalation von flugfähigen, feinsten Tröpfchen, die sich längere Zeit frei schwebend zu erhalten vermögen und die Einatmung des mit Injektionsstoffen beladenen, durch die Exspirationsluft aufgewirbelten Staubes, zu dessen Fortbewegung nachgewiesenermaßen nur ganz geringe Luftströme ausreichen.

Bedenkt man noch den verhältnismäßig engen und tiefen Raum, in welchen explosionartig eine so reichliche Menge bakterienhaltigen Substrates verstreut wird und daß sich dieses Material von Stunde zu Stunde, von Tag zu Tag immer mehr ansammelt, berücksichtigt man fernerhin den Umstand, daß der Infektionsstoff sich unter Bedingungen befindet, die zwar eine Proliferation unmöglich machen, daß aber beim Fehlen der desinfektorischen Einwirkung des Lichtes und bei den meist günstigen Temperaturverhältnissen die Mehrzahl der Keime in ihrer Vitalität wohl wenig geschädigt werden, so ist die Möglichkeit einer Inhalation von lebensfähigem Infektionsstoff in Staub- oder Tröpfchenform nicht auszuschließen. (Schluß folgt.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht des „Medizin.-Chirurg. Central-Blatt“.

Sitzung vom 29. November 1907.

Anton Bum stellt sechs Patienten vor, die sechs Wochen bis zwei Jahre lang an peripherer Ischialgie gelitten hatten, wurden von ihren Schmerzen durch Infiltration des Nerven im Wege der Injektion größerer Mengen von isotonischer Kochsalzlösung unter hohem Drucke dauernd befreit. Bum sticht die Kanüle nicht wie Lange, Großmann, Kellermann, Umber usw. durch die Glutealmuskulatur, sondern an jenem Punkte der Beugeseite des Oberschenkels ein, an welchem der lange Kopf des Biceps femoris vom unteren Rande des Glutaeus maximus geschnitten wird. Hier ist jede Verletzung von Muskeln und größeren Gefäßen ausgeschlossen. Die Infiltration des Nervens dehnt dessen Scheide spindelförmig aus. Hiedurch wird ein mechanischer Effekt einerseits auf das Neurilemma, andererseits auf etwaige Verklebungen der Scheide mit der Umgebung ausgeübt. Die Infiltration wirkt daher wie eine sehr intensive Dehnung und Mobilisierung des Nerven. Die vorgestellten Patienten sind sämtlich seit sieben bis 14 Monaten schmerzfrei und vollständig arbeitsfähig. Bum hat bisher in dieser Weise 81 Fälle mit rund 63% vollständiger Heilung und 21% erheblicher Besserungen behandelt. Kontraindiziert ist die Infilrationstherapie selbstverständlich bei symptomatischer Ischias, Wurzelneuritis, höheren Graden von Arteriosklerose und bei Hysterie. Aseptische Ausführung der Infiltration ist selbstverständlich.

Karl v. Noorden tritt entschieden für die Methode, welche Bum vorschlägt, ein, da dadurch gewisse Gefahren vermieden werden können. (Abbrechen der Nadel, wofür von Noorden einen Fall anführt.)

Julius Tandler hält das hier eben angeführte Verfahren auch für zweckdienlicher als das, welches bisher geübt wurde.

Oskar Stoerk demonstriert Präparate eines Falles von Embolie acht Tage nach der Operation einer Umbilikalhernie. Es kam dabei zur Embolie der Arteria pulmonalis und ihrer Verzweigung, sowie durch ein weit offenes Foramen ovale persistens in die Aorta ascendens und sämtliche Äste am Arkus mit Verschluß der letzteren, ferner auf gleiche Weise zum Verschlusse der rechten Nierenarterie und eines kleineren Astes der Milzarterie.

Anton v. Eiselsberg berichtet näheres über den Fall. Der Patient starb, nachdem die ersten Tage post operationem ohne Komplikationen verlaufen waren, plötzlich unter dem Bilde eines progredienten Verfalles. In diesem Falle wäre der Vorschlag Trendelenburgs zu erwägen, der dahin geht, bei solchen Patienten einzugreifen. Trendelenburg schlägt nämlich vor, in Fällen, wo es erst nach vier bis sechs und acht Stunden zum Tode kommt, nach Freilegung des Herzens durch einen in das rechte Herz eingeführten, breiten Troikart den Embolus aus der Arteria pulmonalis aufzusaugen. Eiselsberg hat sich bisher noch nicht dazu entschlossen, diesen Vorschlag anzuwenden. In diesen Fällen wäre, wenn auch nach den ausgedehnten Embolien im großen Kreislaufe durch das offene Foramen ovale, jeder Versuch aussichtslos gewesen.

Max Jerusalem: Neuere Indikationen für Biersche Saugbehandlung. Als eine neue Indikation für Biersche Stauung schlägt Jerusalem Nachbehandlung bei Appendizitisoperation vor. Vortragender legt anfangs jeden Tag, später jeden zweiten oder dritten Tag eine Biersche Saugglocke von ovaler Form und leicht geschweiften Rändern für 20 bis 30 Minuten an der rechten Unterbauchseite an.



Nach Abnahme der Glocke ist die Druckempfindlichkeit wesentlich geringer geworden. Resistenzen gehen zurück, derbe Narben werden weicher und die Kranken sind von ihren Schmerzen befreit. (Anzahl der Sitzungen zwischen sechs und zwanzig.) Weiters kann Vortragender die Biersche Saugbehandlung des Abdomens als schmerzstillend und resorptionsfördernd bei perityphlitischen Infiltraten im subakuten Stadium empfehlen, ebenso wird die Heilung von Fisteln nach Laparotomien günstig beeinflußt.

Ludwig Teleky berichtet über mehrere Bleivergiftungsfälle mit bemerkenswerter und seltener Entstehungsursache: Einen Schuhmacher (Schuhbügler) mit beiderseitiger Streckerlähmung, entstanden durch Einreiben weißer Halbschuhe mit Kremserweiß; ferner einen Schlosser, der schwere Enkephalopathia saturnina und Streckerlähmung durchgemacht. Dieser hat zum Einpassen von Achsen in ihr Lager Miniumpaste angewendet. Weiters zeigt Vortragender einige Hutmacher mit schwieliger Verdickung der ganzen Innenfläche der Finger und der Hand bei den Walkern, die am Ende des Walkprozesses tätig sind; Schwielen am Daumen- und Kleinfingerballen bei den Anformern. Dem Kolophonium komme für die Entwicklung der Anformer nur geringe Bedeutung zu.

Alfred Brandweiner hat seinerzeit die Selcherkeratose beobachtet und beschrieben. Er mußte dem Kolophonium eine ursächliche Rolle bei der Schwielenbildung zuschreiben.

Teleky meint, daß bei den Hutmachern als Hauptursachen der Schwielenbildung die Einwirkung des Wassers und der Druck anzusehen sei, vielleicht daß daneben dem Kolophonium eine gewisse begünstigende Wirkung zukomme.

Gabor Nobl weist auf jene zahlreichen Fälle von exsudativen Dermatitiden der Hände und Vorderarme hin, die bei jenem Teile der Arbeiterschaft mit erschreckender Häufigkeit in Erscheinung treten, dem die Bearbeitung des Filzes mit schwefelsäurehaltigen Medien obliegt. Parallel läßt sich hiebei mit der Höhe des Schwefelsäurezusatzes die Schwere der mit Verschorfung einhergehenden, oft einer vielwöchigen Heilungsdauer bedürfenden Läsionstypen verfolgen.

Rudolf Maresch demonstriert das Präparat einer durch Streptothrix bedingten fibrinös-eiterigen Perikarditis. Nach dem mikroskopischen Befunde bestand in diesem Falle eine Streptothrixinfektion, die zuerst in der rechten Lungenspitze festen Fuß gefaßt hatte, dann zur Vereiterung einer peribronchialen Lymphdrüse geführt, und endlich durch Perforation des Lymphdrüsenabszesses die Streptothrixperikarditis erzeugt hatte.

Weiters zeigte er das Präparat einer vollständigen Querruptur der Aorta. Im aufsteigenden Aste des Aortenbogens durchsetzte etwa 4 *cm* über den Semilunarklappen ein in querer Richtung verlaufender zirkulärer Riß die Intima und Media des Gefäßes. Zugleich waren diese beiden Schichten gegen das Herz zu bis hinab zur Ansatzstelle der Aortenklappen von der Adventitia abgelöst. Senkrecht zu dieser Ruptur verlief ein zweiter Riß in der Richtung nach abwärts gegen die beiden vorderen Aortenklappen hin.

Heinrich Albrecht zeigt Gehirnbefunde bei Pertussis. Es handelt sich um kapillare Hämorrhagien, die sich im weißen Marklager des Groß- und Kleinhirnes, auch des Pons und der Vierhügelgegend, in einem Falle auch in den Stammganglien finden. Diese Blutungen sind am häufigsten ganz klein, flohstichgroß, selten konfluieren sie zu größeren Herden. Sie heben sich sehr scharf und prägnant vom weißen Marklager ab und geben das Bild einer akuten hämorrhagischen Enkephalitis. Aber man sieht in den Präparaten nicht das Bild der gewöhnlichen Folgeerscheinungen von Piavenen-Thrombose, wie sie in hämorrhagischer Infarzierung der Häute, der Rinde und der peripheren Markschichten bestehen. Mikroskopisch findet sich in den Kapillaren des Meditulliums, genau den Hämorrhagien entsprechend, eine Thrombose, die ihrer Form nach als hyaline Thrombose zu bezeichnen ist. Es muß wohl diese hyaline Thrombose als Ursache für die Blutungen bezeichnet werden. Das Bild ist ein höchst eigenartiges, Albrecht hat dasselbe nur bei Pertussis beobachtet und zwar in sechs Fällen. Sie kann uns vielleicht die schweren zerebralen Schädigungen erklären, die manchmal nach Pertussis zurückbleiben.

Rudolf Neurath erwähnt, daß systematisch vorgenommene Untersuchungen haben ihn sehr häufig intrakranielle Blutergüsse bei keuchhustenkranken Kindern finden lassen, doch waren dies durchwegs submeningeale Blutansammlungen, die als agonale oder postmortale Veränderungen angesehen werden konnten. Auch fand er oft meningeale Zellinfiltrationen, leichte meningitische Veränderungen, die für die Auslösung zerebraler Komplikationen, ganz ähnlich den in den demonstrierten Fällen beobachteten, von Bedeutung gewesen sein konnten.

Stoerk befaßt sich bereits seit längerer Zeit mit dem Studium solcher hyaliner Thromben und insbesonders auch mit den unter bakteriotoxischen Umständen entstehenden Blutungen, sowie deren Beziehung zu den sogenannten Hyalinkörperchen. Es handelt sich wahrscheinlich dabei um einen pathologischen Vorgang mit großer, fast allgemein gültiger Verbreitung und ist die Beziehung zu Pertussis und Influenza nur als spezieller Fall anzusehen.

Albrecht glaubt, daß wir zur Erklärung der demonstrierten pathologisch-anatomischen Hirnveränderungen einerseits eine Intoxikationswirkung entweder von einem uns noch nicht genau bekannten Pertussisbakterium oder von dem Influenzabazillus ausgehend, andererseits doch auch Zirkulationsstörungen infolge der krampfhaften Hustenanfälle annehmen müssen. Sonst könnten wir das anscheinend für Pertussis bis zu einem gewissen Grade Spezifische der Erscheinung nicht recht erklären. Bei anderen Erkrankungen im Kindesalter habe ich etwas Ähnliches im Hirne nie beobachtet. Was die hyaline Thrombose der Kapillaren im allgemeinen betrifft, so ist es eine allgemein bekannte Tatsache, daß sie namentlich bei toxischen Prozessen vorkommt und aus den roten Blutkörperchen, wie manche annehmen, aus den ungefärbten Bestandteilen derselben entsteht.

v. Eiselsberg zeigt einen typischen Fall von Akromegalie. Die Akromegalie besteht seit acht Jahren; in der letzten Zeit sind Störungen hinzugetreten (bitemporale Hemianopsie). Das Röntgenbild ergibt eine Aushöhlung der Sella turcica. Eiselsberg will in diesem Falle operativ vorgehen und erinnert an einen Fall von operierten Hypophysistumor, bei dem er einen recht guten Erfolg verzeichnen konnte. Der Eingriff ist vor allem wegen der Sehstörung, die progredient ist, indiziert.

Brandweiner demonstriert eine 34jährige Frau mit ihrem achtwöchigen Kinde, mit Psoriasis vulgaris. Bei der Mutter trat während der Gravidität Exazerbation der Psoriasis auf. Beim Kinde ist das auffallend frühzeitige Auftreten der Krankheit interessant.

Wilhelm Falta erstattet eine vorläufige Mitteilung über die physiologische Bedeutung des Pankreas. Nach der herrschenden Ansicht produziert das Pankreas ein proteo-, amylo- und lipolytisches Ferment enthaltendes Sekret, außerdem besteht noch eine innere Sekretion. Dieses innere Sekret zu isolieren, ist bis heute noch nicht gelungen. Nur die Anfallserscheinungen, die nach Exstirpation des Pankreas auftreten, weisen uns darauf hin. Diese sind Störung im Zuckerstoffwechsel und Hemmung auf das sympathische Nervensystem. Vortragender hat zahlreiche Versuche mit der von Loewi angegebenen Reaktion bezüglich der hemmenden Wirkung des hypothetischen inneren Sekretes auf das sympathische Nervensystem angestellt. Die Reaktion fiel bei allen Nichtdiabetikern, bei denen sie angestellt wurde, negativ aus. Bei zahlreichen pankreasdiabetischen Hunden trat die Reaktion regelmäßig stark positiv auf. In 36 Fällen von menschlichem Diabetes mellitus fiel die Reaktion fünfzehnmal positiv aus. Darunter waren neun schwere und sechs leichte Fälle. Unter den negativen Fällen waren elf schwere und zehn leichte Fälle. Die Dauer des Diabetes ist für den Ausfall der Reaktion



nicht maßgebend. Auch Beziehungen zwischen Grad und Intensität der Glykosurie einerseits und Ausfall der Reaktion andererseits ließen sich nicht finden. Auch im Coma diabeticum war der Befund inkonstant. Als sicher ist wohl die Beziehung dieser Reaktion zum Pankreas anzunehmen; ob aber Beziehungen zum Zuckerstoffwechsel bestehen, scheint noch zweifelhaft. (Vortragender schildert detailliert die Anordnung und Folge seiner Versuche.) Was nun die Beziehungen zwischen Pankreas und diastatischem Ferment des Blutes und der Lymphe betrifft, so haben die Versuche des Vortragenden ergeben, daß die diastatische Wirkung des Blutes und der Lymphe bei pankreaslosen Hunden vermindert ist, wodurch erwiesen zu sein scheint, daß das im normalen Blute sich findende diastatische Ferment wenigstens zum Teile aus dem Pankreas stammt. Entweder es wird das diastatische Ferment als „inneres Sekret" vom Pankreas abgegeben und gelangt durch die Pankreasvenen oder durch die Lymphe des Brustganges in die Zirkulation, oder es handelt sich um das amylolytische Ferment des Pankreassaftes, das vom Darme aus resorbiert wird.

Theodor Robert Offer macht auf die von Biedl in der letzten Sitzung gemachte Mitteilung, die denselben Gegenstand betraf, aufmerksam. Er konnte im Vereine mit B. zeigen, daß sowohl im verschlossenen Rohre, mehr noch bei Gegenwart von Luft, am meisten nach Durchleitung steriler Luft eine Zuckerlösung durch Lymphe in ihrem Zuckergehalte herabgesetzt wird. Mit dieser von Redner und B. festgestellten glykolytischen Fermentwirkung der Lymphe steht der von Falta beobachtete negative Ausfall des Einflusses von Lymphe im Gegensatze. Wir haben gefunden, daß die Lymphe der Hungertiere viel wirksamer ist, als die voll genährter Tiere. Falta hat zur Lymphgewinnung genährte Tiere verwendet. Ferner weist er darauf hin, daß sie mit ungerinnbarer Lymphe arbeiteten, F. aber nicht mit vollständig ungerinnbarer. Lépine, später Spitzer haben gezeigt, daß das glykolytische Ferment des Blutes durch Fibrinflocken herausgelockt werden kann; da in der Lymphe ebenfalls Gerinnsel waren, so wäre es nicht ausgeschlossen, daß dadurch eine beträchtliche Verarmung der Lymphe an glykolytischem Fermente eingetreten ist, die den negativen Ausfall erklären würde.

Wilhelm Schlesinger ist überrascht, zu hören, daß F. beim normalen Hunde vollständige Verwertung des in größerer Menge subkutan injizierten Glykogens fand. Er fand nach Injektion von 7—10 *g* löslicher Stärke stets Achroodextrin in größerer Menge, gelegentlich auch etwas Zucker im Harne vor. Nach seinen Versuchen ist der Schluß berechtigt, daß das diastatische Vermögen des Blutes wenigstens zum größten Teile dem Pankreas seinen Ursprung verdankt.

Noorden tritt dem Einwande Offers entgegen. Denn die Befunde über die glykolytischen Eigenschaften der Lymphe, die Biedl kürzlich hier vortrug, entkräften nicht die Angaben F. über die diastatischen Wirkungen der Lymphe. Die Glykolyse könne die diastatischen Wirkungen verdecken.

Außerdem ist B. den Beweis schuldig geblieben, daß er vollkommen steril gearbeitet habe. In den Versuchen Biedls und Offers läßt sich der Einfluß von Bakterien nicht bestimmt ausschließen.

Arthur Biedl hält an seiner Anschauung fest, daß durch die Versuche Falters jene Argumente, welche er zur Stütze der Annahme, daß die Lymphe das innere Sekret des Pankreas enthält, angeführt hat, in keiner Weise tangiert werden.

Falta erwidert auf die Ausführungen Offers, daß nur ein Teil der Lymphe Gerinnung zeigte, somit also wenigstens in der Hälfte dieser Lymphe das innere Sekret vorhanden gewesen sein müßte. Was die Beziehung der Lymphe zur Zuckerverbrennung anbelangt, so stehe er auf einem anderen Standpunkte als Biedl. Nach den Ausführungen Offers zu schließen, hat nur die Hungerlymphe glykolytische Eigenschaften. Das Gegenteil sei eher zu erwarten, nämlich daß bei reichlicher Ernährung oder Muskelarbeit recht viel inneres Sekret produziert wird. Wenn die Lymphe wirklich das innere Sekret des Pankreas, welches die Zuckerverbrennung reguliert, enthält, so kann wohl der Versuch beim pankreasdiabetischen Hunde und gerade beim total pankreasdiabetischen Hunde die Entscheidung bringen. Dieser Versuch hat aber die Ansichten B. nicht bestätigt. *i. m.*

IV. Literatur.

Untersuchung der Nasenatmung und des Gehörs. Ein weiterer Beitrag zur Schulärztefrage von Dr. Ensch, Schärbeck bei Brüssel. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten von Dr. M. Bresgen). Verlag Carl Marhold, Halle a. S.

Die Gemeindeverwaltung von Schärbeck hat in richtiger Erkenntnis von der großen Wichtigkeit der Sache regelmäßige Untersuchungen der Schulkinder hinsichtlich der Nasenatmung und des Gehörs angeordnet. Zu diesem Behufe wurden zunächst an die Eltern sämtlicher in die Schule eintretenden Kinder Belehrungsblätter verteilt, welche Aufklärungen enthielten über den Wert der Nasenatmung, über die Symptome der Nasenverstopfung, ihre Ursachen und ihre Folgen für die Gesundheit der Kinder. Die Untersuchung selbst wird in der Weise ausgeführt, daß zunächst alle schwerhörigen oder mit anderen Symptomen der Nasenverstopfung behafteten Kinder ermittelt, ihre Krankheit festgestellt und dann den ad hoc einberufenen Eltern die Ergebnisse der Untersuchung mitgeteilt werden mit der Aufforderung, die Kinder entsprechend behandeln zu lassen.

Ensch vertritt den richtigen Standpunkt, daß auch schon die Säuglinge und größeren, noch nicht schulpflichtigen Kinder in gewissen Zentralstätten (ärztlichen Säuglingsberatungen, Krippen usw.) regelmäßig untersucht werden mögen. Wie schädlich gestörte Nasenatmung auf das Gehör wirkt, beweist eine in dem Büchlein enthaltene Zusammenstellung von diesbezüglichen Arbeiten, welche Zahlen von 10—54 % Schwerhöriger unter den untersuchten Kindern feststellten. Namentlich bei uns, wo auf dem Gebiete des Schulärztewesens noch so gut wie nichts geschehen ist, verdient das Büchlein ausgedehnte Verbreitung in Ärzte- und namentlich Laienkreisen.

V. Aus der Praxis.

Therapeutische Erfahrungen mit neueren Arzneimitteln. Veronal. Von Dr. Bernhard Tolnai, Kreisarzt in Ajka. (Budapesti Orvosi Ujsag 1905, Nr. 9.)

Das Veronal (Diäthylmalonyl-Harnstoff) ist ein kristallinisches, schwach bitterliches, in heißem Wasser gut lösliches Pulver.

T. wendet es seit Monat Juli dieses Jahres an und möchte es in Zukunft nicht gerne entbehren. T. schließt sich zwar denen nicht an, die Dithyramben über das Mittel anstimmen, aber er muß eingestehen, daß wir bis jetzt kein besseres Hypnotikum haben. Dosen von einem halben Gramm, in heißem Tee genommen, rufen gewöhnlich einen 6—7 stündigen Schlaf hervor. Die Patienten fühlten in den meisten Fällen nachher etwas Druckgefühl im Kopfe, doch war dasselbe viel geringer als nach anderen von ihnen versuchten Schlafmitteln.

Dem Chloralhydrat gegenüber hat es den Vorteil, daß es weder Herz noch Gefäße angreift, es kann daher auch von Herzkranken und fortwährend bettlägerigen Patienten genommen werden. Veronal ist verläßlicher als Paraldehyd; es reizt den Darmtrakt nicht wie Urethan; es wirkt schneller und in kleineren Dosen als Sulfonal, ohne Nebenwirkungen auf die Funktionen des Darmes (Obstipation) und der Nieren (Hämatoporphyrinurie) zu äußern.

Vergiftungen durch Alkoholdämpfe. E. Robert (journ. de med. de Bordeaux 1907, 2 und 3) veröffentlicht interessante Beobachtungen über Alkoholvergiftungen bei Arbeitern in Fabriken rauchlosen Pulvers, die unzweifelhaft durch Aufnahme des Alkohols durch die Lungen, nicht vom Magen her entstanden waren. Gefährlicheren Charakter nahmen diese



erst an, als anstatt Äthylalkohol Amylalkohol angewendet wurde. Bei ersterem waren die Arbeiter am Schlusse der Arbeitszeit oft nahezu berauscht, ohne daß dauernde Folgen zurückgeblieben wären.

Von Bedeutung für die immer noch umstrittene Frage, ob der Alkohol bei stillenden Müttern in die Milch übergeht, ist eine Beobachtung Roberts. Als eine stillende Fabriksarbeiterin, unmittelbar nachdem sie aus der Arbeit kam, ihr Kind an die Brust legte, erbrach dieses sogleich heftig und das Erbrochene roch nach Alkohol.

Über Mittel gegen Lysolvergiftung hielt Dr. Richard Friedländer in der „Berl. med. Gesellschaft“ einen Vortrag. Dr. Friedländer hat durch zahlreiche Versuche an Kaninchen festgestellt, daß Öl, zerlassene Butter und andere Fette, sowie Eiereiweiß ausgezeichnete Gegenmittel gegen Lysolvergiftung sind, daß dagegen Wasser und stark wasserhaltige Flüssigkeiten sehr schädlich wirken. Kaninchen, denen eine sicher tödliche Lysolmenge in den Magen eingeflößt wurde, blieben am Leben, sobald sie nachträglich Eiereiweiß oder ein Fett in der vier- bis fünffachen Menge des Lysols erhielten. Dr. Friedländer empfiehlt, daß, sobald ein Lysolvergifteter aufgefunden wird, so schnell als möglich für ärztliche Behandlung zu sorgen ist, daß aber bis zum Eintreffen des Arztes oder der Überführung des Kranken in ein Krankenhaus, sofern der Verunglückte noch schlucken kann, ihm Öl oder Butter oder Eiereiweiß einzuflößen ist. Wasser und wässerige Flüssigkeiten sind streng zu vermeiden.

VI. Notizen.

Personalnachrichten. Wien. Der Assistent des pathologisch-anatomischen Institutes in Wien, Priv.-Doz. Dr. Karl Landsteiner wurde zum Prosektor im k. k. Wilhelminen-Spitale in Wien ernannt.

Berlin. Geh. Med.-Rat Professor der Laryngologie Dr. Adalbert Tobold erhielt anläßlich seines 80. Geburtstages den erblichen Adel.

Königsberg i. Pr. Dr. Sally Askanazy erhielt den Professortitel.

Habilitiert: Dr. Wilhelm Liepmann für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Dr. Wollenberg für orthopädische Chirurgie, beide in Berlin; Dr. Paul Morawitz innere Medizin in Heidelberg.

Wien. Aus den Beratungen des Obersten Sanitätsrates (Sitzung vom 23. November 1907). Ministerialrat Illing referierte über den Stand der Cholera in Rußland und über die weiteren vom Ministerium des Innern zur Hintanhaltung der Einschleppung dieser Infektionskrankheit getroffenen Maßnahmen an der Grenze, ferner über die in letzter Zeit noch vereinzelt vorgekommenen Blatternerkrankungen in Wien und teilte mit, daß dem Obersten Sanitätsrate demnächst das eingelangte Erhebungsmaterial, betreffend die angeblichen Impfschäden zur Prüfung und Antragstellung zugewiesen werden wird. Hierauf wurde auf Antrag der Herren Hofrat Prof. Dr. Wagner v. Jauregg, Hofrat Professor Dr. Rudolf Chrobak und Hofrat Prof. Dr. Freiherrn v. Eiselsberg beschlossen, das Ministerium des Innern sei zu ersuchen, das erwähnte Erhebungsmaterial in der Richtung zu ergänzen, daß der Herr Bürgermeister der Stadt Wien eingeladen werde, die ihm bekannt gewordenen Fälle von Impfschäden mitzuteilen. Der vom Obersanitätsrate Hofrat Prof. Dr. Freiherr v. Eiselsberg eingebrachte Initiativantrag zur Bekämpfung der Phosphornekrose wurde zum Beschlusse erhoben.

Wiener Arztekammer. Mittwoch, am 4. Dezember 1907, fand die konstituierende Versammlung der Wiener Ärztekammer statt.

In dieser Versammlung wurden gewählt: Zum Präsidenten Professor Dr. Ernst Finger; zum Vizepräsidenten Dr. Adolf Gruß; zu Vorstandsmitgliedern: die DDr. Rudolf Bayer, Ludwig Frey, Karl Friedrich v. Gecz, Heinrich Grün, Rudolf Jahn, Ludwig Stricker, Josef Thenen; zu Vorstandsmitgliedstellvertretern: die DDr. Paul Frühmann, Hermann Hauschka Ritter von, Wilhelm Herz-Fränkl, Heinrich Loewenstein; zum Delegierten in den Landessanitätsrat: Dr. Adolf Gruß und zum Stellvertreter desselben Dr. Heinrich Grün. In der sich hieran anschließenden Vorstandssitzung wurden gewählt: Zum Schriftführer: Dr. Ludwig Frey; zum Kassendirektor: Dr. Karl Friedrich v. Gecz; zum Ökonom: Dr. Heinrich Grün.

Eine Krebsausstellung soll im September 1908 in Verbindung mit dem zweiten internationalen Chirurgenkongreß in Brüssel stattfinden. Sie wird ein umfassendes und lückenloses Bild über den Stand der Krebsforschung geben und nach ihrem vorläufigen Programme vor allem folgende Gegenstände umfassen: Krebspräparate für Besichtigung mit bloßem Auge oder unter dem Mikroskop, die in irgend einer Hinsicht Belehrung bieten, namentlich etwa durch das örtliche Auftreten der Krankheit oder mit bezug auf die Verbreitungswege des Krebses; Präparate oder Abbildungen der Ergebnisse von Krebsoperationen; anatomische Präparate der Lymphwege und Lymphknoten einzelner Körpergebiete; statistische Wandtafeln über die mit der Behandlung von Krebs erzielten dauernden Erfolge; andere statistische Wandtafeln über die Häufigkeit des Krebses und seiner Abwandlungen in den verschiedenen Organen des Körpers; statistische Wandtafeln über die Verbreitung des Krebses in den einzelnen Ländern mit Berücksichtigung sogenannter Krebsnester und der Stammbäume von Familien, in denen der Krebs bei mehreren Geschlechtern aufgetreten ist; Pläne und sonstige Angaben von Instituten und Krankenhäusern, die sich insbesondere mit der Erforschung und Behandlung der Krankheit beschäftigen: Material zur Agitation für eine frühzeitige Behandlung des Krebses wie Aufrufe an die Öffentlichkeit, Vorschläge zur Belehrung des Volkes und ähnliches.

Kleine Bibliothek Langen Band 91: Bo Bergman, Die Reise nach Paris und andere Geschichten. Umschlagzeichnung von J. Prescher. Preis broschiert Mk. 1, elegant gebunden Mk. 1.50. Verlag von Albert Langen, München. Bo Bergman, in seiner Heimat Schweden längst als einer der besten anerkannt, ist kein Geschichtenerzähler im gewöhnlichen Sinne, er steigt in die Tiefe der Seelen; und was er dort findet, schildert er uns mit der Eindringlichkeit und der Kraft des echten Dichters. Bo Bergmans Menschen sind keine Helden, deren Taten laut durch alle Gassen schreien. Sie sind Kämpfer der Stille. Das Alltagsleben draußen geht seinen Gang und erfährt nichts von den Duldern, die im Kampfe mit sich selbst das Leben nicht bezwingen können. Aber er gibt uns keine traurigen Geschichten. Wir lächeln über seine sonderbaren Käuze, die das Leben hat beiseite stehen lassen. Denn Bo Bergman zeigt uns, wie nah oft in dieser bunten Welt Tragik und Komik beieinander wohnen. Aber er lehrt uns auch das helle Lachen, wenn er uns in die verborgensten Seelenfalten eines korrekten Menschen hinableuchtet.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor

Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 51. Wien, 21. Dezember 1907. **Nr. 51.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Erfahrungen über die Radikaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems.*)

Von **Professor Albert Denker**, Erlangen.

Die Prognose der chronischen Empyeme der Nebenhöhlen der Nase hat sich seit 1½ Jahrzehnten wesentlich günstiger gestaltet, als sie früher war; noch in den Neunzigerjahren des vorigen Jahrhunderts galt es als eine sehr schwer zu lösende Aufgabe, vollständig Herr zu werden über veraltete Nebenhöhleneiterungen und dieselben gründlich und endgültig zu beseitigen. Einen deutlichen Ausdruck der damals allgemein vorherrschenden Ansichten hat u. a. Jansen im ersten Bande des Archivs für Laryngologie im Jahre 1893 gegeben. — Er beginnt seine Ausführungen „Zur Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase bei chronischer Eiterung“ mit folgenden Worten: „Die Behandlung der chronischen Empyeme der Nebenhöhlen der Nase liegt auf dem undankbarsten Gebiete der ärztlichen Praxis. Nicht nur die schwere Heilbarkeit des Leidens überhaupt, sondern auch die Mittel und Wege, mit denen die Heilung erstrebt wird, machen die Behandlung so undankbar. Wenn schon die Jahre lange Behandlung von der Nase aus für den Kranken sehr unangenehm ist, so hat die Behandlung vom Munde oder gar vom Gesichte aus mittels größerer und kleinerer operativer Eingriffe viele Widerwärtigkeiten und Unzuträglichkeiten für den Patienten im Gefolge. Die Mehrzahl der chronischen Kiefer- und Stirnhöhleneiterungen trotzt aller Behandlung; die Kranken befinden sich nicht selten auf jahrelanger Wanderung durch Polikliniken und die Sprechstunden der Ärzte, ohne Heilung zu finden.“

Diese, wie ich glaube, noch vor 14 Jahren ziemlich allgemein gültige Anschauung kann zurzeit nicht mehr zu Recht bestehen; es sind seitdem Operationsmethoden ersonnen und modifiziert worden, die auch in den hartnäckigsten Fällen erlauben, die Prognose wesentlich günstiger zu stellen, die zum Ziel der definitiven Heilung führen.

Von großem Nutzen war die Erkenntnis, daß neben den großen Höhlen vielfach zugleich die kleineren pneumatischen Räume erkrankt sind, daß ein Empyem der Stirnhöhle und der Kieferhöhle nur dann zur dauernden Heilung gelangt, wenn die nebenher bestehenden Eiterungen im Siebbeinlabyrinth und in der Keilbeinhöhle mit in Angriff genommen werden.

In der meiner Leitung unterstellten Klinik haben wir uns in den letzten Jahren speziell mit dem weiteren Ausbau der größeren Kieferhöhlenoperationen für veraltete Empyemfälle und ferner mit einer Operationsmethode für die malignen Nasentumoren befaßt, die ebenfalls ihren Weg durch die Kieferhöhle nimmt. Über die Erfolge der Tumorenoperationen beabsichtige ich heute keine Mitteilungen zu machen, da ich im nächsten Jahre auf dem internationalen Laryngologenkongresse in Wien über dieselben berichten werde; ich möchte heute nur kurz sprechen über die Erfahrungen, welche wir über die Radikaloperationen der Kieferhöhlenempyeme inzwischen gesammelt haben.

Als ich vor etwa zwei Jahren im Archiv für Laryngologie das Verfahren publizierte, nach welchem wir seither bei den hartnäckigsten und schwersten Fällen von chronischer Kieferhöhleneiterung operiert haben, konnte ich erst über drei geheilte Fälle berichten; wenn ich Ihnen nun mitteile, daß wir seitdem, d. h. innerhalb von zwei Jahren — abgesehen von den Tumorenoperationen — 15 weitere Fälle in gleicher Weise operativ behandelt haben, so möchte ich sogleich Verwahrung einlegen gegen den vielleicht sich regenden Verdacht, daß wir unsere Indikationsstellung für den Eingriff geändert, daß wir auch bei leichteren Fällen, die auf mehr konservativem Wege schon zu heilen gewesen wären, die Radikaloperation ausgeführt hätten. Nur in solchen Fällen, wo von uns selbst oder von anderen Kollegen Monate oder Jahre lang eine schonendere Behandlung oder kleinere operative Eingriffe ohne dauernden Erfolg versucht waren, nur in diesen Fällen haben wir radikal operiert. Die große Zahl einschlägiger Fälle verdanken wir zweifellos meiner Publikation, die eine Reihe von Kollegen veranlaßte, die schweren Fälle uns zu überweisen.

Unter unseren 18 Fällen wurden als kürzeste Dauer des Bestehens der Eiterung zweimal ¾ Jahre angegeben, in den übrigen Fällen hatte die Eiterung mehrere Jahre (bis zu 16 Jahren) gedauert. In fünf Fällen haben wir selbst viele Wochen hindurch täglich einmal oder mehrmals Ausspülungen der Kieferhöhle vorgenommen, ohne den Foetor entfernen und die Eiterung wesentlich verringern zu können. Eingriffe von der lateralen Nasenwand aus (Abtragungen

*) Vortrag, gehalten bei den Verhandlungen süddeutscher Laryngologen, 1907.



von Teilen der mittleren Muschel, Anbohrung vom unteren oder mittleren Nasengang aus), wurden vor dem radikalen Eingriff bei vier Patienten ausgeführt. Bei zehn Patienten wurde die Kieferhöhle einmal oder mehrmals vom Alveolarfortsatz angebohrt, ohne daß durch die Nachbehandlung Heilung erzielt werden konnte. Bei vier Patienten endlich war die Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus mit Nachbehandlung durch die orale Wunde ohne dauernden Erfolg ausgeführt worden und bei einer Patientin wurde vor der Kieferhöhlenoperation die doppelseitige Stirnhöhlenoperation nach Killian vorgenommen.

Was nun den von uns vorgenommenen radikalen Eingriff betrifft, so darf ich wohl davon Abstand nehmen, ihn nochmals hier zu beschreiben, in der Annahme, daß die meisten der anwesenden Herren Kollegen meine Publikation im Archiv für Laryngologie gelesen haben werden; Sie wissen, daß es sich um eine Kombination der Operation nach Luc-Bönninghaus mit den Vorschlägen von Friedrich und Kretschmann handelt, bei welcher nach primärem Verschluß der oralen Wunde die Nachbehandlung durch den Naseneingang vor sich geht. Die Dauer der Operation betrug $^1/_2$ bis 1 Stunde, wobei ein erheblicher Teil der Zeit auf den Verschluß der oralen Wunde verwendet wurde, die mit Sorgfalt vorzunehmen ist und in der Tiefe einige Geschicklichkeit erfordert.

In den meisten Fällen konnte die erkrankte Schleimhaut der Kieferhöhle erhalten werden, so daß am Schlusse der Operation fast die ganze Wundhöhle mit Ausnahme der fazialen Wand mit Epithel bedeckt war; ich glaube, daß durch dieses Vorgehen die Heilungsdauer wesentlich abgekürzt werden kann. Nur in den Fällen, wo die degenerierte Schleimhaut das Lumen der Höhle fast gänzlich ausfüllte, wurde sie gründlich entfernt und die Heilung durch Granulationsbildung angestrebt. Durchschnittlich wurden die Patienten $16^1/_2$ Tage nach dem Eingriff entlassen, die längste Dauer der Nachbehandlung betrug 30 Tage, die kürzeste 6 Tage, wobei zu bemerken ist, daß die Kranken besonders in der ersten Zeit länger als eigentlich erforderlich zur Beobachtung in der Klinik behalten wurden.

(Schluß folgt.)

79. Naturforscherversammlung in Dresden.

15. bis 21. September.

(Fortsetzung.)

Erlebnis und Geisteskrankheit.

In der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie sprach Heinrich Stadelmann, Dresden, über dieses Thema. Er sagte: Das Verhältnis des Erlebnisses zur Psychose (Geisteskrankheit) kann festgestellt werden, wenn man den Menschen bezüglich seines seelischen Verhaltens der Außenwelt gegenüber als eine Einheit auffaßt.

In den Beziehungen, die das Ereignis zu der seelischen Veranlagung haben kann, liegt das Schicksal des Menschen verborgen. Die Reaktion, die das Ereignis auf die menschliche seelische Anlage ausübt, ist Gefühl und Stimmung. Diese gestalten das Ereignis zum Erlebnis um. Aus Elementen der objektiven Welt entsteht eine neue subjektive Welt, die jedem Menschen, nach Anlage und Erfahrung verschieden, sein Denken und Handeln vorschreibt. Nach der Art, wie jeweils bei einem Menschen das Ereignis zum Erlebnisse wird und wie er die Folgen dieses Erlebnisses wieder ausgleicht, lassen sich Typen der menschlichen seelischen Anlage aufstellen. Die in Frage kommenden Vorgänge sind dabei im Wesen dieselben wie bei dem seelisch krank veranlagten; der Unterschied besteht in bloß einem mehr oder weniger. Die kranke Anlage ist von der gesunden bezüglich der Möglichkeiten, die Ereignisse zu erleben, nur quantitativ verschieden. Die psychotischen Symptome haben alle analoge Vorgänge im gesunden Seelenleben. Es lassen sich auf Grund dieser Betrachtung also auch Typen von psychotisch veranlagten Menschen sowie das Verhältnis der gesunden zur kranken Anlage feststellen. Das Ereignis macht nicht die Psychose; aber es ist eine Notwendigkeit, daß es zur Anlage kommt, wenn die Psychose entstehen soll. Im Grunde trägt der psychotisch Veranlagte von Anfang an seine Psychose in sich; das Erlebnis bringt sie an den Tag. Als Beispiel kann hier das Erlebnis der Enttäuschung angeführt werden. Der Enttäuschte hat zuerst eine zwiespaltige, schwankende Stimmung, er ist ratlos; daraufhin stellt sich eine traurige Stimmung ein über den Verlust eines Wertes; dann lacht der Enttäuschte seinen Unmut darüber heraus, daß er sich täuschen lassen konnte; dieser heiteren Stimmung folgt eine Gleichgültigkeit. Denkt man sich diese Vorgänge ins Übergroße verzerrt, dann sind die vier aufeinander folgenden seelischen Stadien der Psychose gegeben: Verwirrtheit (die oft nur sehr kurz dauernd ist), Melancholie, Manie, Blödheit. Individuelle Verschiedenheiten in der Anlage können Abweichungen hervorbringen, die jedoch an den genannten Vorgängen im Wesen nichts ändern. Um die Schicksale der Menschsn zu verstehen, bedürfen wir einer naturwissenschaftlich-psychologischen Analyse des Ergebnisses.

Der Frühjahrskatarrh.

In der Abteilung für Augenheilkunde besprach Professor Elschnig (Prag) den Frühjahrskatarrh, der eine seltene Erkrankung der Augenbindehaut sei. Im Winter ist die Mehrzahl der Fälle dieser Krankheit symptomlos, zeigt dagegen am Beginne und während der Dauer der warmen Jahreszeit häufige Reizerscheinungen in beiden Augen. Ursache und Wesen der Erkrankung sind noch unbekannt. Professor Elschnigg hat bei einer Reihe von Fällen von Frühjahrskatarrh eine eigentümliche Gefäßveränderung an der Bindehaut nachgewiesen, welche für diese Krankheit charakteristisch ist. Ichthyol tat gute Wirkung.

Die Lymphdrüsen im Kindesalter.

Privatdozent Dr. Hochsinger, Wien, berichtete über die Ergebnisse seiner Untersuchungen des Lymphdrüsenapparates im frühen Kindesalter und hat gefunden, daß bei normalen Neugeborenen und Säuglingen niemals oberflächliche Drüsen zu tasten sind. Treten solche auf, dann handelt es sich immer um krankhafte Reizzustände in den Quellgebieten der zu den betreffenden Drüsen führenden Lymphgefäße. Gleichzeitig berichtet Hochsinger über das bisher noch nicht beschriebene Vorkommen von kleinen Lymphdrüsen an der seitlichen Brustoberfläche im frühesten Kindesalter. Der Vortragende hat linsen- bis erbsengroße Drüsen in der genannten Gegend, namentlich bei lungenkranken Säuglingen, wiederholt nachweisen können. Das Tastbarwerden von Lymphdrüsen an der Seitenfläche des Brustkorbes weist, wenn entzündliche Veränderungen an der äußeren Haut fehlen, auf Vergrößerung der innerhalb des Brustkorbes befindlichen Lymphdrüsen hin und hat demnach in diesem Belange eine gewisse diagnostische Bedeutung.

Über die Fortschritte der Gehirnchirurgie sprach Professor Fedor Krause, Berlin.

Im vorigen Jahre hat K. auf der Naturforscherversammlung zu Stuttgart über die chirurgische Behandlung der Gehirnkrankheiten gesprochen und seinen Bericht mit Abbildungen, welche den Verlauf der Operation darstellen, ausgestattet. Das Gebiet der Gehirnchirurgie ist die sogenannte Jacksonsche Epilepsie. Diese stellt einen Symptomenkomplex dar, der durch verschiedene Ursachen ausgelöst werden kann. Am einfachsten liegen die Verhältnisse, wenn Schädelverletzungen Lähmungen verursachen. Die Operation derartiger Fälle ist bekanntlich ein altes Verfahren. Bereits der alte Chirurg Dieffenbach hat Narben aus dem Gehirne herausgeschnitten, um Epilepsie zu heilen.

Großartige Erfolge leistet die Chirurgie bei Epilepsiefällen, welche sich an Kinderlähmungen anschließen. Ein fünfzehnjähriges Mädchen, das an Epilepsie litt, wurde nach Entfernung eines kleinen Herdes an der Gehirnoberfläche



nicht bloß von der Epilepsie vollständig geheilt, sondern die zuvor Verblödete hat ihren Verstand wiedergewonnen. Ein dreiundzwanzigjähriger Kranker hatte sich nach der Geburt normal entwickelt, bis im Gefolge einer schweren Gehirnhautentzündung im elften Lebensjahre Epilepsie auftrat. Seit der vor fünf Jahren ausgeführten Operation ist die Epilepsie verschwunden, die geistigen Fähigkeiten sind wiedergekehrt und haben sich in überraschender Weise fortentwickelt.

Es gibt auch Fälle von Jacksonscher Epilepsie, wo sich bei der Operation gar keine oder keine wesentlichen Abnormitäten vorfinden. In allen diesen Fällen schneidet K. das Hirnzentrum heraus, von dem aus die Krämpfe ausgelöst werden. Bei einem jungen Manne trat eine Hirnblutung mit halbseitiger Lähmung und Störung der Sehkraft ein, später trat Jacksonsche Epilepsie hinzu und der Kranke, ein Kaufmann, konnte seiner Beschäftigung nicht mehr nachgehen. K. schnitt dem Kranken die Hirnzentren heraus, von welchen aus die Krämpfe ausgelöst wurden, und hat die Genugtuung, daß der Herr seit fast fünf Jahren von der Epilepsie befreit ist und sein Geschäft in bedeutend größerem Umfange betreiben kann.

K. spricht nun von der sogenannten Jacksonschen Epilepsie, einer leider sehr verbreiteten Krankheit, für welche man vom chirurgischen Verfahren glänzende Heilerfolge mit aller Bestimmtheit erwarten darf. Über die Bedeutung der Operationen bei anderen Gehirnkrankheiten will K. nicht sprechen, es fällt ihm auf, daß ihm die meisten Fälle von Jacksonscher Epilepsie von Angehörigen der Kranken oder aus Spitälern zugesendet werden. Die Nervenärzte und die praktischen Ärzte, welche über große Erfahrungen auf diesem Gebiete verfügen, verhalten sich dem chirurgischen Verfahren gegenüber noch reserviert.

K. hat die Überzeugung, daß die Chirurgie auf diesem Felde einen Sieg nach dem andern zu verzeichnen haben wird.

Mit der Versammlung war eine interessante, sehr reiche Ausstellung verbunden, die aus 200 Abteilungen bestand. Der Clou der Ausstellung ist ein künstlicher schwarzer Riesenkristall, wie die Inschrift besagt, ein „gezüchteter Chrom-Alaun-Kristall“ geboren am 5. März 1883, Züchter Doktor H. v. Mayenburg, Dresden. Aus einem stecknadelkopfgroßen Stück wuchs er in gesättigter Salzlösung bis zum stattlichen Gewicht von 43·5 Kilo! Und dabei ist er noch nicht ausgewachsen!

Außerdem gab es massenhaft medizinische Apparate, pharmazeutische Apparate und physikalisch-naturwissenschaftliche Gegenstände. Unter anderem war auch die Pyocyanase ausgestellt, das neue Genickstarremittel, das auf biologische Weise auf Krankheitserreger vernichtend einzuwirken vermag. Diese bakterientötende Eigenschaft der Pyocyanase ist in Kulturen und in mikroskopischen Präparaten deutlich demonstriert. Besonders aussichtsvoll scheint die Anwendung der Pyozyanase bei Bekämpfung der epidemischen Genickstarre zu sein.

Aus den Vorträgen erwähnen wir, daß Prof. Escherich, Wien, über Fraisen gesprochen hat, deren Entstehen er auf eine mangelhafte Entwicklung der kindlichen Epithelialkörperchen zurückführt, die neben der Schilddrüse liegen und deren Störung auch bei Erwachsenen Tetaniekrämpfe hervorruft. Prof. Redlich, Wien, berichtete über einige Fälle von unbewußter Blindheit, wobei die Leute ihre Blindheit wirklich nicht wahrnahmen und sogar gehörte oder gefühlte Objekte infolge einer eigentümlichen Urteilsstörung zu sehen vermeinten: da den Kranken die optischen Erinnerungsbilder erhalten geblieben waren, war ihnen genügend psychisches Material gegeben, sich das vermeintlich Gesehene im Geiste zu konstruieren.

Dr. Hochsinger, Wien, berichtete über die Ergebnisse seiner Untersuchungen des Lymhdrüsenapparates im frühen Kindesalter; er hat gefunden, daß bei normalen Neugebornen und Säuglingen niemals oberflächliche Drüsen zu tasten sind. Das Tastbarwerden von Lymphdrüsen an der Seitenfläche des Brustkorbes weist, wenn entzündliche Veränderungen an der äußeren Haut fehlen, auf Vergrößerung der innerhalb des Brustkorbes befindlichen Lymphdrüsen hin und hat eine gewisse diagnostische Bedeutung.

(Fortsetzung folgt.)

Zweiter internationaler Kongreß für Säuglingspflege (Gouttes de lait).

(Schluß.)

Der letzte Tag des Kongresses war der Frage der öffentlichen und privaten Belehrung auf dem Gebiete der Säuglingshygiene uud ihrer Popularisierung gewidmet, und hier, wo man es am wenigsten erwarten durfte, nahmen die Verhandlungen teilweise einen höchst stürmischen Charakter an. Es war auch hier wieder einmal die Politik, die den Charakter verdorben hat. Und das kam so. Dr. Vinocuroff, der Vertreter der Ärzteschaft von Odessa, beantragte eine Resolution, die für die öffentliche Belehrung eine gute Grundlage durch einen geregelten Schulunterricht verlangte. Gewiß eine Forderung, die in ihrer Selbstverständlichkeit allgemeiner Zustimmung sicher sein mußte. Aber er hatte die Rechnung ohne den Wirt, das heißt ohne die Vertreter des Landes Belgien, wo ja der Kongreß tagte, gemacht. In seiner Resolution kam das Wort Schulzwang vor, und „von so etwas spricht man nicht“ dortzulande. Das ist eine politische Frage; die Einführung des Schulzwanges in Belgien ist ein Zankapfel der großen Parteien. Nachdem diese Frage aber nun einmal aufgestellt war, gab es selbstverständlich für alle, die diese Frage nur als Kulturfrage und keineswegs als politische betrachten können, nur eines, ein lautes, offenes Bekenntnis zu der Resolution des russischen Arztes. Der Versuch des belgischen Organisationskomitees, diese Resolution durch eine allgemeinere zu ersetzen, die das ominöse Wort nicht enthielt, wurde laut, energisch und machtvoll abgelehnt, und es mußte sich schließlich der Stimmung der Versammlung fügen.

Im übrigen war die Organisation des Kongresses besonders dadurch, daß alle Berichte schon vorher gedruckt vorlagen und nur zur Diskussion kamen, dank der Umsicht und des Fleißes des Generalsekretärs Dr. Lust außerordentlich geschickt und es kann mit guter Hoffnung der Zukunft entgegengesehen werden.

In drei Jahren, 1910, wird sich der Kongreß wieder versammeln. Zum erstenmal in Berlin.

Das permanente Bureau der Internationalen Vereinigung für Säuglingsschutz wird auf Antrag des deutschen Reichsvertreters Geheimen Rats Dietrich alljährlich zusammentreten. Von Deutschen gehören ihm an als Ehrenmitglieder die Geheimen Räte Dietrich und Heubner, Berlin, und Biedert, Straßburg, als Vizepräsidenten die Professoren Schloßmann, Düsseldorf, und Czerny, Breslau, als Schriftführer die Doktoren Rosenhaupt, Frankfurt a. M. und Wiertz, Straßburg und schließlich als Beisitzer die Herren Professor Salge, Göttingen, Physikus Sieveking, Hamburg, sowie Privatdozent Dr. Neumann, Professor Finkelstein und Keller, sämtlich in Berlin.

Folgende Beschlüsse sind das Resultat des zweiten Kongresses: Die Plenarversammlung entscheidet:

1. Das Arbeitsgebiet der Kongresse „Gouttes de lait“ zu erweitern.

2. In ihr Programm alle Einrichtungen, Werke und Fragen aufzunehmen, die sich auf die ersten Lebensjahre beziehen und ihren relativen Wert zu studieren.

3. Von jetzt ab die Kongresse unter dem Titel „Kongreß zum Schutze der Kindheit und ersten Lebensjahre“ zu benennen.

4. Stets in französischer Sprache, ohne Übersetzung, in welchem Lande auch die Kongresse stattfinden, den Ausdruck „Gouttes de lait“ beizubehalten, welche Benennung man direkt hinter die erstgenannte Bezeichnung in derselben Schrift beifügen wird, zur Bezeichnung aller Kongresse, die



von der internationalen Union zum Schutze der frühesten Kindheit ausgehen.

5. Daß die Einrichtungen zum Schutze der Kindheit der ersten Lebensjahre und insbesondere der „Gouttes de lait“ eine gute Waffe im Kampfe gegen die Tuberkulose darstellen und als erste Handlung zur Lösung des Problems der Prophylaxis der Tuberkulose angesehen werden können.

6. Daß alle Länder durch Unterstützung aller Städte und Gemeinden, alle nötigen Maßnahmen ergreifen müssen, damit die unter dem Namen „Säuglingsmilch“ verkaufte Milch einer strengen Kontrolle bei Produktion und Verkauf unterworfen werde. Auf dem Lande sollten die landwirtschaftlichen Vereine und freie Vereinigungen alle Milchproduzenten über die hygienischen Bedingungen der Produktion unterrichten und sie durch Prämien ermutigen; in der Stadt und auf dem Lande sollten Milchproduzenten, die Milch für Säuglinge verkaufen wollen, eine behördliche Genehmigung nachsuchen müssen; häufige Kontrollierung der Produktionslokalitäten ist Erfordernis und jede Übertretung der Vorschriften ist streng zu bestrafen.

7. Die Einrichtungen der „Gouttes de lait“, die gut organisiert, immer unter medizinischer Leitung stehen und von regelmäßiger Konsultation für Säuglinge versehen sein sollen, sollen vermehrt werden, zum Frommen der von ihren Müttern genährten Kinder und derjenigen, denen diese vollkommene Ernährung abgeht.

8. Eine internationale Kommission, die von der internationalen Union zu ernennen ist, wird die besten Mittel studieren, um in allen Ländern eine Basis genauer und einheitlicher Statistik der Kindersterblichkeit zu finden.

9. Die Studien in bezug auf Analyse der Milch, Nährration der Säuglinge und die Frage spezieller Physiologie und Pathologie bei Neugeborenen sollen in allen Ländern übereinstimmend in derselben Richtung vorgenommen werden.

10. Der öffentliche und private Unterricht in Kinderpflege und die Ausbreitung der Kinderhygiene sollen in den verschiedenen Ländern verstärkt werden.

11. Die Verbreitung der Kinderhygiene ist nur unter der Bedingung möglich, daß der Unterricht der großen Masse der Bevölkerung zugänglich ist. Der Ausgangspunkt für alle zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit bestimmten Maßregeln muß also der allgemeine und obligatorische Schulzwang sein.

II. Referate.

Die Ursachen und Behandlung der Menorrhagien. Von Dr. Baumgärtner, München.

Die Ursachen für die Blutungen liegen entweder im Uterus selbst oder in den dem Uterus benachbarten Geschlechtsorganen (Adnexen) oder in Herz-, Lungen-, Leber-, Milz-, Nieren- und Blutgefäßerkrankungen; gar häufig spielt dabei die erbliche Disposition die Hauptrolle. Im Uterus selbst gibt wohl am häufigsten Anlaß zu Menorrhagie die mangelhafte Kontraktion der Gefäße im Myometrium (der Uteruswand) und in der Schleimhaut, indem einesteils gewisse Krankheiten (Fettsucht, Anämie, Chlorose), andernteils unzweckmäßige Lebensgewohnheiten (übermäßiger Geschlechtsgenuß, Tanzen, sportliche Übungen, anstrengende Touren während der Menses) schwächend auf den Uterus einwirken; in anderen Fällen von Uterusblutungen trägt die Schuld die Hyperplasie der Mukosa (bei Endometritis fungosa), wobei keine Entzündung, sondern nur eine hypertrophisch-hyperplastische Verlängerung und Neubildung der Uterusschleimhautdrüsen und eine damit zusammenhängende abnorme Brüchigkeit der Schleimhautgefäße vorliegt; hervorgerufen wird diese Krankheit nicht bloß von Gonokokken und anderen Bakterien (Tuberkel usw.), sondern auch durch Abusus von Kaffee, Tee und Alkohol; in weiteren Fällen ist eine akute oder chronische Metritis, bei der eine Blutanschoppung des Uterus besteht, ein Deszensus oder eine Retroflexio uteri, bei welchen Erkrankungen wegen Abknickung der Uteringefäße Rückstauung und Hemmung des Blutabflusses entsteht, oder die myomatöse Degeneration der Mukosa (submuköse Myome) oder ein Karzinom des Uterus oder die atrophischen Veränderungen des Uterus und seiner Schleimhaut im Klimakterium Ursache der Blutung. — Eine fernere Quelle von Menorrhagien gibt ab der von den entzündeten Adnexen ausgeübte Reiz, namentlich der entzündeten Ovarien, welche ja schon normalerweise durch Reifung von Graafschen Follikeln die Menstruation bewirken; aber auch bei Adnextumoren kann eine solche kongestive Reizung des Uterus eintreten, daß eine Blutung folgt; unter Adnextumoren versteht man nicht bloß eine seröse oder purulente Salpingitis, sondern auch eine entzündliche Verschmelzung der Salpinx mit dem Ovarium und des letzteren mit dem Wurmfortsatze. — Uterusblutungen infolge Herz-, Lungen-, Leber-, Nieren-, Milz- und Blutgefäßerkrankungen (Arteriosklerosis universal., Morb. Werlhofii) entstehen durch Zirkulationsstörungen und Rückstauung des Blutes nach dem Uterus resp. abnormer Brüchigkeit oder Durchlässigkeit der ebenfalls entarteten Uterusschleimhautgefäße bei Arterienverkalkung und Morb. Werlhofii; am häufigsten sieht man diese Blutungen bei beginnender oder fortgeschrittener Lungentuberkulose, wo sie sehr hartnäckig sein können.

Die Therapie der Menorrhagien hat sich nach der Ursache der Blutung zu richten. In schweren Fällen läßt man die Patientinnen das Bett hüten und appliziert einen Eisbeutel oder kalte Prießnitzumschläge auf den Unterleib. Ein Wechsel der Nahrung und des Aufenthaltes bringt oft allein Heilung, besonders der hyperplastischen Blutungen beim Aufsuchen höher als 1000 *m* gelegener Orte, wie Davos, St. Moritz usw. Wo keine Entzündung der Beckenorgane vorliegt, macht man selbst während der Blutungen die schwedische Heilgymnastik nach Thure Brandt mit oder ohne Massage des Uterus und seiner Adnexe, welche in gymnastischen Bewegungen des Beckens und der unteren Extremitäten, die das Blut von den Genitalorganen ableiten, besteht und von großartiger, fast nie versagender Wirkung ist, aber gelernt sein muß, wenn man nicht schaden will. Daneben läßt man mehrmals täglich heiße Scheidenspülungen mit 45—50° C. heißem Wasser machen, welche auf den Beckenboden eine konstringierende Wirkung ausüben; permanente kalte Berieselungen der inneren Genitalorgane mittels eigener geschlossener Wasserspüler (mit Rücklauf nach Art der Psychrophore) werden von den wenigsten Patientinnen vertragen. Dagegen sind intrarektale Eingießungen von $^1/_2$ bis 1 Liter Milch, welche eventuell mehrmals in kurzer Zeit wiederholt werden können, oft von gutem Erfolge. Statt dessen kann man auch täglich zweimal 1 *l* 48° C. heißen Wassers mit je 2 *g* Chlorkalzium unter geringem Drucke als Klystier irrigieren lassen, während man innerlich noch 2 *g* Chlorkalzium pro die verordnet. Was die medikamentöse Behandlung der Uterusblutungen betrifft, so verordnet man bei sehr starker Blutung am besten vorher ein starkes Infusum Secal. cornut. (15·0 : 200·0), davon dreimal täglich 1 Löffel voll, oder Pulv. Secal. cornut. 1·0 mehrmals täglich; oder Styptol, von dem man 2—3mal täglich 2—3 Zeltchen oder dreistündlich ein Zeltchen (in warmem Zuckerwasser gelöst oder im Munde zerkaut) nehmen läßt; sollte dieses im Stiche lassen, so verordnet man daneben Ergotin. fluid, (dreistündlich 20 Tropfen) allein oder in Verbindung mit anderen, auf die Uterusmuskulatur und ihre Blutgefäße tonisierend wirkenden Arzneimitteln; und zwar bewährt sich manchmal folgende Kombination:

Rp. Ergotin. fluid.
Extr. hydrast. canad. fluid.
Extr. Gossyp. herb. inspissat.
Extr. Hamamel. virgin. fluid. aa 10·0.
S. Halbstündlich 10 Tropfen zu nehmen oder man verordnet dieselbe Kombination aa 5·0 als Pillen mit
Extr. Gentian q. s.
ad pilul. 100
consperge!
S. Dreimal täglich 2—5 Pillen zu nehmen.



Neuerdings verwendet man auch Gelatine, welche das Blut leichter gerinnbar macht, zur Stillung von Menorrhagien, und zwar kann man von 5—10%iger Lösung (mit 20·0 Syrup. rubr. Idaei) zweistündlich einen Löffel voll innerlich verabreichen oder intrarektale Eingießungen von 100 *g* dieser Lösung in linker Seitenlage der Patientin machen; man kann die 5%ige Lösung auch subkutan injizieren. Gelatine darf nur sterilisiert verwendet und muß ihre Lösung vor dem Gebrauche jedesmal erwärmt werden, weil sie in der Kälte erstarrt. Sehr gut gegen die Uterusblutungen, ja oft allein ohne Medikation, wirkt die Tamponade der Scheidung wegen Hebung des Uterus und Erleichterung des Blutabflusses nach dem Inneren; man nimmt dazu kleine, schmale Watteballen, welche an einer Fadenschlinge hängen, um sie leichter wieder entfernen zu können, und nach Kußmaul (Schule) wie ein Gitter um die Zervix herumappliziert werden; nach Klemperer kann man dazu Watteballen nehmen, welche vorher in 3—5%ige sterile und angewärmte Gelatinelösung getaucht werden; die Tamponade wird früh und abends erneuert. Steht die Blutung trotzdem nicht, so macht man, wenn keine Kontraindikation besteht (Entzündung des Uterus und der Adnexe), nach Erweiterung der Zervix mittels Laminaria die Tamponade des Uterus mit sterilen Gazestreifen, welche in 0·1%iger Adrenalin(Suprarenin-)lösung getränkt sind und nach drei Minuten wieder entfernt werden (man kann auch die Playfairsonde benützen); das Verfahren kann am nächsten Tage wiederholt werden; die Blutung steht danach meist dauernd.

Was die Genitalleiden anbelangt, so verlangt der Deszensus und die Retroflexio uteri die operative oder Pessarbehandlung; der Mayersche Hohlluftgummiring bewährt sich beim ersteren, der Thomaspessar bei letzteren; der dickere Bügel kommt ins hintere Scheidengewölbe. Steht bei der Hyperplasie der Uterusmukosa die Blutung absolut nicht, so macht man die Excochleatio uteri, ätzt mit Jod oder Eisenchlorid und tamponiert mit Jodoformgaze, wiederholt eventuell dieses Verfahren mehrmals. Liegt eine Metritis vor, so leistet der Eisbeutel, Bettruhe, Regulierung des Stuhlganges, Jodbepinselung des Unterleibes und Stuhlzäpfchen aus Morphium und Belladonna gegen die Schmerzen gute Dienste. Gegen Salpingitis (serosa-purulenta), und gegen die Adnextumoren sind Bettruhe, heiße oder kalte Prießnitz- oder Alkoholumschläge, Dampfkompressen, Heißluftbehandlung, heiße Scheidenspülungen, Moorbäder mit Eisen, kleine heiße Rektaleinläufe und die Tamponade der Scheide mit Jodichthyolglyzerin von vorzüglicher Wirkung; ist diese Therapie nutzlos (selten) oder hat vielmehr die Patientin nicht so viel Zeit (manchmal vergeht ein halbes bis ein Jahr bis zur Besserung), um diese langweilige Behandlung abzuwarten, dann bleibt nur die Radikaloperation (Extirpation der Adnexe) übrig.

Das Karzinom verlangt natürlich einen möglichst frühzeitigen operativen Eingriff. (Die Heilkunde Nr. 8, 1907.)

*

Verwertung des Atoxyls bei primärer und generalisierter Frühsyphilis. Von Doz. Dr. G. Nobl.

Bei objektiver Registrierung der durch das Atoxyl bedingten Reaktionsvorgänge ist kaum der Eindruck zu gewinnen, daß selbst die gewiß nicht unbedenkliche kumulierte Einbringung der Arsenverbindung auf die zirkulatorische und in den metastatischen Herden vorgehende Bildung parasitizider Antikörper einen wesentlichen Einfluß übt. Die bei einleitenden Quecksilberkuren zumeist beobachtete, rasche und gleichmäßige Resorption aller, dem Nachweise zugänglichen embolischen Produkte, das nur seltene Auftreten von hämatogenen Nachschüben im Verlaufe derselben, gleichwie das nur ausnahmsweise verfolgte Progredientwerden der Exanthemkomponenten sind insgesamt das Heilvermögen des Merkurs bezeugende Wirkungsäußerungen, die dem Atoxyl nur in den allerengsten Grenzen zuerkannt werden können.

Es fragt sich nun, ob es berechtigt erscheint, in dem Stadium, wo die vehement um sich greifende Generalisierung des Virus eine den gesamten Krankheitsverlauf besiegelnde Umstimmung des durchseuchten Körpers vorbereitet und alle Bestrebungen auf die rasche Zerstörung der Keime, die gründlichste Paralysierung ihrer Endotoxine und die energischeste Unterstützung der Antikörperbildung abzuzielen haben, mit einem Mittel vorzugehen, das unseres Erachtens in dieser Phase bestenfalls die Unterstützung der natürlichen Wehrvorrichtungen zu sichern vermag und dem Fortgange der Invasion nur den dürftigsten Widerstand bietet.

Nach den mit den bisher angewandten Atoxylmengen gewonnenen Erfahrungen muß N. die symptomatische Arsenbehandlung der metastatischen Frühlues als eine völlig unzureichende Maßnahme hinstellen, für welche die Verantwortung schon aus dem Grunde abzulehnen ist, weil es vorläufig an Anhaltspunkten gebricht, welche für einen völligen Ausgleich des hiedurch bedingten Versäumnisses durch die nachträglich eingeleitete Quecksilberbehandlung zeugen könnten.

Daß die hiebei zutage getretene Insuffizienz der Medikation nicht allein der in zu langen Intervallen vorgenommenen Arseneinverleibung zuzuschreiben ist, geht schon aus jenen Versuchsreihen hervor, die in Verwertung experimenteller pharmakologischer Direktiven (Crones und Seligmann, Blumenthal, Deutsche medizinische Wochenschrift 1907, Nr. 25 und 26) die rascheste Ausscheidung des abgespaltenen Arsens voraussetzen und einen dementsprechend eingerichteten Heilplan aufweisen. So haben v. Zeißl mit der zweitägigen Applikation (20% 0·2 p. d.; Wiener medizinische Presse 1907, Nr. 33) einer Gesamtmenge von 5·10 *g* Atoxyl und Volk mit der täglichen, in 30—40 Injektionen durchgeführten Einverleibung der Gesamtmenge von 6—10 *g* (0·2 p. d., Wiener medizinische Wochenschrift 1907, Nr. 26) kaum günstigere Erfolge zu erzielen vermocht. Nicht höher veranschlagen möchte G. Scherber die an der Klinik Finger gesammelten Erfahrungen, woselbst die am Rücken vorgenommene subkutane Einbringung von 0·2—0·3 *g* einer 10%igen Atoxyllösung in zweitägigen Intervallen (bis zur höchsten Gesamtdosis von 6 *g*) in Übung steht. Selbst Lesser, dessen befürwortende Äußerungen sicherlich nach wie vor zur weiteren Erprobung des Mittels Anlaß bieten werden, hat an seiner Station die Erstausbrüche mit 0·4—0·5 grammigen, jeden zweiten Tag verabfolgten Injektionen (Gesamtdosis 6·2 *g*) kaum in einer Weise zu beeinflussen vermocht, daß von einer dem prompten Rückgang der Erscheinungen wesentlich unterstützenden, die Rezidivierung hintanhaltenden Wirkung die Rede sein kann. (Deutsche medizinische Wochenschr. 1907, Nr. 27.)

Über das Auftreten von selbständigen Nachschubzyklen stehen N. keine eigenen Erfahrungen zu Gebote, da in allen Fällen der Ersteruption energische Quecksilberkuren die Atoxylanwendung ablösten. Doch laufen von allen Seiten, wo die nüchterne Beobachtung Oberhand behält (Lesser, Scherber, v. Zeißl), Berichte ein, welche die geringe Dauerwirkung des Mittels betonen. Selbst auf französischem Boden, wo die Priorität um die Atoxyleinführung in die Syphilisbehandlung so temperamentvoll verfochten wurde, erheben sich berechtigte Bedenken gegen das spezifische Vermögen einer Therapie, die in drastischer Form angewandt, in ein bis zwei Wochen zur vollständigen Heilung führen soll, aber schon nach 15 Tagen einen neuerlichen Beginn der Injektionsreihe notwendig macht.

Bei Rezidiverscheinungen der irridativen Phase kam das Atoxyl in zehn Fällen zur Verwendung, in welchen ein bis zwei merkurielle Allgemeinbehandlungen vorangegangen waren und teils perianale, kondylomatöse Wucherformen, teils genitale Papelnachschübe und bukkale Schleimhautveränderungen eine neuerliche Allgemeinbehandlung rechtfertigten. Die intramuskulären Injektionen des Atoxyls wurden nach dem gleichen Plane in den gleichen Mengen appliziert als bei den Erstexanthemen, ohne daß auch in dieser Reihe unliebsame Zufälle dem Gerüchte der besonderen Gefährlichkeit dieses Mittels weitere Nahrung geboten hätten. Auch bei dieser Kategorie konnte insofern eine therapeutische Beein-



flussung verfolgt werden; als selbst in jenen Fällen, wo von einer jeden lokalen Behandlung (nässende Penis- und Skrotalpapeln, breite Kondylome) Abstand genommen wurde, eine Überhäutung und Abflachung der urspründlich nässenden, späterhin schilfernden Infiltrate zustande kam. Die weitere Resorption der Herde jedoch ging so langsam und ungleichmäßig vor sich, daß auch hier oft erst die nachträglich lokale Quecksilberapplikation die Tilgung des für die Propagation des Virus sicherlich nicht gleichgültigen Remaneszenzen besorgen konnte. Im übrigen war auch hier kaum der Eindruck zu gewinnen, daß sich bei der kombinierten Heranziehung der allgemeinen und lokalen Behandlung, welch letztere im Auflegen 20%iger feuchter Atoxylgaze bestand, mehr erzielen läßt, als bei allen anderen, der Hygiene der Örtlichkeit Rechnung tragenden indifferenten topischen Maßnahmen. Möglicherweise dürfte nach der Richtung von den Atoxylsalben (Scherber 10%) mehr zu erwarten sein.

Was die Mundhöhlenerscheinungen betrifft, so zeigten dieselben auch in den rezidivierenden Formen ein völlig refraktäres Verhalten, so daß die Atoxylbehandlung dieser eminenten Infektionsherde kaum soviel Schutz gewährt, als ein die gewöhnliche Mundpflege unterstützendes expektatives Regime.

Ohne den vorher noch weiter zu sammelnden Erfahrungen vorgreifen zu wollen, die sicherlich zu einer exakten Formulierung jener Indikationen führen werden, unter welchen die hochdosierten Arsenkuren, ein höheres als rein roborierendes therapeutisches Wirken entfalten, läßt es sich heute schon mit Bestimmtheit vertreten, daß dieselben in den ernsten initialen Syphilisstadien wohl niemals zu einer für das Quecksilber vikariierenden Bedeutung gelangen werden. (Wr. klin. Wochenschr. Nr. 44, 1907.)

*

Über die Gefahren der Übertragung von Infektionsstoffen durch das Telephon und ihre Verhütung. Von E. Tomarkin (Schluß).

Von Bedeutung für die Infektionsmöglichkeit ist hiebei der weitere Umstand, daß manche Keime, wie z. B. die Erreger der Tuberkulose, sich monatelang im eingetrockneten Zustande infektionstüchtig erhalten können und daß beim telephonischen Sprechakte die Respiration häufig durch den Mund und in tiefen Zügen vollzogen wird.

Von Infektionsstoffen, die beim Telephonieren ins Innere des Schallbechers gelangen und dort in irgend einer Form deponiert werden können, kommen in Frage die Erreger der Tuberkulose, der Diphtherie, des Scharlachs, der Masern, der Influenza, der Pneumonie, der Meningitis cerebrospinalis, verschiedener Anginen und Katarrhe usw.

Ebenso wie der Schallbecher kann auch das Hörrohr von kranken Personen mit Krankheitserregern infiziert werden und dann die direkte Übertragung auf gesunde Menschen, welche den Apparat an ihr Ohr bringen, vermitteln. Für die rein ästhetischen Momente spielt eine Rolle, daß dieser Teil des Telephonapparates in unmittelbare Berührung mit der Haut der telephonierenden Personen gelangt. Naturgemäß sind in erster Linie Erkrankungen der Haut durch das Telephon übertragbar, so z. B. ekzematöse Affektionen, Trychophtien (Achorion Schönleinii, Herpes tonsurans), Tuberkulose, die akuten Exantheme, Furunkulose usw.

Verfahren und Vorrichtungen verschiedener Art sind angegeben, um die Übertragung von Infektionskrankheiten durch das Telephon zu verhüten. Diese Vorrichtungen stellen entweder Schutzapparate dar oder sie bezwecken eine Keimbefreiung des Telephons vermittels Anwendung verschiedener Desinfektionsmittel. Von einem Desinfektionsverfahren, und namentlich einem solchen, das für das Telephon Anwendung finden soll, muß unbedingt eine relativ schnelle und sichere Wirkung und einfache Handhabung verlangt werden, Forderungen, deren Erfüllung bei den meisten derartigen Apparaten im umgekehrten Verhältnisse zu den verheißungsvollen Ankündigungen sich befindet. Die meisten für diesen Zweck angegebenen Apparate sind zu kompliziert gebaut oder zu kostspielig, um weite Verbreitung in der Praxis zu finden. Bei vielen ist a priori zu sehen, daß die ihnen nachgerühmte rasche Desinfektionskraft unmöglich vorhanden sein kann.

In welchem Verhältnisse Anpreisung und objektiver Befund stehen können, dafür möge die von mir ausgeführte Untersuchung über die Wirksamkeit des Telephonins, eines aus Amerika stammenden und als sehr wirksam empfohlenen Telephondesinfektors, als Beispiel dienen. F. hat diese Untersuchung im Auftrage der Schweizerischen Telegraphendirektion, der auch das Telephonwesen untersteht, ausgeführt.

Das Telephonin ist eine ölige, aromatisch riechende Substanz, mit welcher ein Streifen Stoff, der sich innerhalb einer dem Schallbecher aufsetzbaren offenen Kapselvorrichtung befindet, getränkt wird. Die zugleich in das Innere des Schallbechers entweichenden Telephonindämpfe sollen laut beigegebenem Prospekte innerhalb kürzester Zeit die Sterilität des Schallraumes bewerkstelligen.

Um zunächst die direkte Einwirkung des Telephonins auf Bakterienmaterial zu prüfen, hat F. Emulsionen — das Telephonin ist nicht wasserlöslich — dieser Substanz in verschiedenen Konzentrationen hergestellt, in bestimmte Quantitäten der Emulsion verschiedene Bakterienarten im aufgeschwemmten Zustande hineingebracht und kleine bestimmte Mengen des Infektionsstoffes nach verschiedenen Expositionszeiten in größere Quantitäten verflüssigten Agars resp. verflüssigter Gelatine übertragen und damit das Plattenverfahren eingeleitet. Die Ergebnisse dieser Versuchsreihe sind in einer Tabelle zusammengestellt.

Wie man aus der Tabelle ersieht, entfaltet zwar das Telephonin bei direkter Einwirkung eine gewisse bakterienfeindliche Kraft, das Mittel ist aber auch in 10proz. Konzentration nicht imstande, Staphylococcus pyog. aureus bei zweistündiger Einwirkung abzutöten.

In einer zweiten Versuchsreihe wurde entsprechend den praktischen beim Telephonieren vorliegenden Verhältnissen das aufgeschwemmte Bakterienmaterial mittels eines Sprayapparates in den Schallbecher verstäubt, und zwar innerhalb einer eigens zu diesem Zwecke konstruierten geschlossenen Kastens, um Nebeninfektionen zu verhüten.

Nach verschieden langer Einwirkungsdauer der Telephonindämpfe wurden sowohl vom Schallbecher sowie von dem hinter dem Gitter befindlichen Raume Proben entnommen und in verflüssigtem Agar, beziehungsw. in Bouillon verimpft.

Die Ergebnisse dieser, den natürlichen Verhältnissen angepaßten Untersuchung des Telephonins sind noch ungünstigere. Diphtheriebazillen und Staphylokokken entwickeln sich recht üppig noch nach mehrstündiger Einwirkung der Telephonindämpfe und die verheißene, in kurzer Zeit zu erzielende Sterilität schrumpft zu einem recht bescheidenen Desinfektionseffekt zusammen, der sicher hinter demjenigen steht, der mit unseren gewöhnlichen Desinfektionsmitteln erreichbar ist. Man wird also allen, selbst den mit großer Zuversicht seitens der Erfinder jener Apparate angepriesenen Methoden einer raschen und sicheren Desinfektion der Telephone — Schalltrichter und Hörrohre — so lange Skepsis entgegenbringen müssen, bis nicht durch einwandfreie Versuche die Wirksamkeit der Apparate bezw. Verfahren nachgewiesen ist.

Ein wirklich leistungsfähiges und in jeder Beziehung brauchbares Verfahren stellt der Telephondesinfektor der Firma Percy Simundt in Berlin dar, welcher im wesentlichen aus einer der Sprechmuschel oder dem Hörrohre aufsetzbaren und dieselben hermetisch abschließenden Nickelkapsel besteht, in deren Innern die Desinfektionsmasse in Tablettenform sich befindet. Die Desinfektionsmasse riecht intensiv nach Formalin und gewissen aromatischen Substanzen, ein Geruch, der in dieser Form sogar angenehm empfunden wird, wenn auch, was selbstverständlich ist, bei etwas längerer Einatmung die bekannten Reizerscheinungen der Formalingase sich einstellen. Der Apparat verfügt über den Vorzug einfacher Handhabung.

Was nun die keimtötende Kraft des Telephondesinfektors anbetrifft, so hat F. dieselbe in zwei bezw. drei Versuchsreihen einer eingehenden Untersuchung unterzogen.

In der ersten Versuchsreihe wurden Kulturen von Staphylococcus pyog. aureus und Diphtheriebazillen an Papierstückchen in feuchtem Zustande im vorderen Raume des Schallbechers sowie hinter dem Gitterwerke desselben untergebracht und Teile dieser Papierstückchen nach 30 Minuten, 1-, 2-, 3-, 5-, 7-, 9- und 11 stündiger Einwirkung des Mittels sowohl auf Agarplatten wie in Bouillonröhrchen übertragen. Die gleichen Versuche wurden wiederholt, nachdem der Desinfektor 1, 3, 4, 6, 10, 12, 14 und 15 Tage im Gebrauche war, wobei der Apparat täglich mehreremale für längere Zeit geöffnet wurde, um in dieser Weise den natürlichen Verhältnissen möglichst nahe zu kommen.

Ein Durchschnitt der Tabellen ergibt, daß der Schallbecher, insoweit er die von uns benutzten Testobjekte im feuchten Zustande anbetrifft, im Laufe einer Stunde vollkommen keimfrei wird, während der hinter dem Gitterwerke gelegene Raum innerhalb zweier Stunden den Zustand der Sterilität erlangt. Dieser Effekt verringert sich kaum merklich während eines Zeitraumes von mehr als 2 Wochen, wo der Apparat häufig geöffnet und das Desinfektionsmittel der freien Verdunstung ausgesetzt wird.

In der zweiten Versuchsreihe suchte F. den Desinfektionseffekt an Testobjekten — in der gleichen Weise wie im ersten Versuche vorbereitet — im trockenen Zustande festzustellen, und zwar benutzte er dabei einen frischen, aus Eiter gezüchteten Stamm von Staphylococcus aureus, sporenhaltige Milzbrandbazillen und Favuspilze (Achorion Schönleinii).

Die desinfektorischen Wirkungen in dieser Versuchsreihe sind, wie aus der Tabelle ersichtlich, durchaus zufriedenstellende. Sporenhaltiger Milzbrand wird im vorderen Raume innerhalb einer Stunde abgetötet, während Achorion Schönleinii bei der gleichen Einwirkungsdauer überhaupt nicht zur Entwicklung gelangt. Im hinteren Raume ist der Desinfektionseffekt ein schwächerer; aber auch hier werden sämtliche Testobjekte innerhalb zweier Stunden abgetötet.

Im Schlußversuche hat F. Tuberkelbazillen im Sputum als Testobjekt benutzt, und zwar sowohl im feuchten Zustande an Papierstückchen, sowie an Papierstückchen angetrocknet. Das Sputum enthielt massenhaft Tuberkelbazillen. Nach vollzogener Desinfektion wurden die betreffenden Papierstückchen Meerschweinchen subfaszial inokuliert, wobei natürlich zugleich Kontrollimpfungen vorgenommen wurden.

Dieser letzte Versuch, bei dem die desinfizierten Objekte nach vollzogener Desinfektion unter Bedingungen gebracht wurden, die am ehesten geeignet erscheinen, die Überwindung der schädigenden Einflüsse des Desinfiziens und die Proliferation der Keime zu begünstigen, zeigt, daß auch relativ widerstandsfähige Bakterien, wie Tuberkelbazillen im feuchten Sputum, nach etwa zweistündiger Desinfektion abgetötet werden; Tuberkelbazillen im eingetrockneten Zustande erliegen noch viel früher der Einwirkung.

Überblickt man die Gesamtresultate der Untersuchung über die Wirksamkeit des Telephondesinfektors, so ergibt sich, daß sich mittels dieses Verfahrens eine relativ rasche und sichere Keimbefreiung der Schallbecher und der Hörrohre durch die dem tablettenförmigen Desinfiziens entströmenden Gase erreichen läßt und daß das Desinfiziens auch bei starker täglicher Inanspruchnahme des Telephons im Laufe von mehr als zwei Wochen an Wirksamkeit keine merkliche Einbuße erleidet.

Zieht man noch dazu die außerordentlich einfache Handhabung des Apparates und die verhältnismäßig geringen Anschaffungskosten in Rechnung, so besitzen wir in dem Telephondesinfektor eine Einrichtung, die vom hygienischen Standpunkte aus beachtenswert erscheint. (Münchener med. Wochenschrift Nr. 50, 1906.

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter".)

Sitzung vom 6. Dezember 1907.

Anton v. Eiselsberg: Zur Behandlung der Fistula gastrocolica. Der Fall wurde vor kurzem von Falter demonstriert. Bei der Operation fand man ein Ulcus pepticum an der Stelle der Gastroenterostomie. Das Ulkus hatte aufs Querkolon übergegriffen, es war eine Verwachsung mit dem Magen eingetreten und in der Folge kam es zur Fistelbildung. E. bespricht in der Folge die Operationsmethoden bei Fistula gastrocolica. Die palliative Operation ist die Collostomie am Colon ascendens oder die Jejunostomie, die radikale Operation ist die Colo-Colostomie mit Resektion der Fistelstellen.

O. Chiari zeigt eine weiße Bohne von 20 *mm* Länge, bei 9 *mm* Breite und 6 *mm* Dicke, welche er aus der Trachea eines achtmonatlichen Kindes der unteren direkten Bronchoskopie nach Killian entfernt hatte.

Julius Tandler und Groß berichten über ihre Untersuchungen zur Morphologie und Ätiologie der sekundären Geschlechtscharaktere und demonstrieren eine Reihe von Objekten, an welchen die Einwirkung der Kastration auf den Organismus nachweisbar ist. Sie zeigen die Weichteile und Skelett eines 28jährigen Eunuchen, einen 28jährigen, aus Sansibar stammenden Neger. Die Kastration der Eunuchen wird gewöhnlich zwischen dem sechsten und zehnten Lebensjahre vorgenommen. Das Gehirn zeigt nichts Auffälliges, der Kehlkopf ist klein wie der eines zwölfjährigen Knaben, bar jeder Ossifikation, das innere Genitale ist ebenfalls im Wachstum zurückgeblieben, die Prostata sehr klein. Das Becken repräsentiert nach Maß und Konfiguration eine Zwischenform zwischen männlichem und weiblichem Becken. Am Humerus, den Vorderarmknochen und dem Becken sind noch Epiphysenfugen vorhanden. Weiters demonstrieren die Vortragenden zwei Schädel von Kastraten und das Becken eines Kastraten. Auch an diesen Objekten sind analoge Veränderungen nachweisbar. Weiters zeigen die Vortragenden eine Reihe von Becken, Schädeln und Extremitäten von normalen und kastrierten Schafen. Schließlich zeigen die Vortr. ein Becken eines 54jährigen Mannes mit offenen Epiphysenfugen, welcher angeblich Agenesie der Testikel gehabt haben soll. Aus den eben angezogenen Beispielen läßt sich zeigen, daß die Reifeerscheinung des Individuums, die sich vor allem im Skelett dokumentiert, an das Vorhandensein einer normal funktionierenden Glandula genitalis gebunden ist.

An denjenigen Organen, an welchen sich der Einfluß der Geschlechtsdrüsen besonders kenntlich macht, sind die durch die Kastration gesetzten Veränderungen besonders prägnant, der Mangel der Genitaldrüse bedingt die Schaffung einer Zwischenform, einer asexuellen Form. T. und G. glauben auf Grund des angeführten Materiales und auch auf Grundlage einer ganzen Reihe von Experimenten sagen zu können, daß die sekundären Geschlechtscharaktere in der Phylogenese nicht von dem einen Geschlechte akquirierte Nova bedeuten, sondern daß die sekundären Geschlechtscharaktere nur fortgebildete oder gehemmte Speziescharaktere darstellen. So ist beispielsweise der Kastratenkehlkopf kein weiblicher Kehlkopf, sondern einfach ein unreifer Kehlkopf, so ist das Kastratenbecken nicht ein weibliches Becken, sondern stellt eine Zwischenform dar usw. Die Vergrößerung der Hypophysis wurde bei Kastraten auch schon von Fichera beobachtet. Auch die Thymus bleibt länger als normal bestehen und kennzeichnet damit die Unreifheit des Individuums.

Arthur Schüller bemerkt, daß außer den Form- und Größenverhältnissen des Kastratenskelettes auch dessen Strukturbeschaffenheit von Interesse wäre, zumal man dieselbe leicht mit Hilfe der Röntgenuntersuchung feststellen könne. In dem von Redlich kürzlich publizierten Falle von infantilem Riesenwuchse zeigte die Röntgenuntersuchung das Vorhandensein einer beträchtlichen diffusen Atrophie des



Skelettes. Dieser Befund scheint dafür zu sprechen, daß außer der Hypophyse und der Thymus auch das Knochenmark in charakteristischer Weise auf den Mangel der Keimdrüsen reagieren.

Moritz Benedikt spricht über Krampf und Krämpfe. Nach B. ist jeder Krampf in einem nervösen Zentrum lokalisiert. Die Nervenfunktionen bei der Muskelbewegung bestehen: 1. In der Verkürzung des Muskels; 2. in dessen Verbreiterung zur Aufbringung der Hebekraft und 3. in der Fixation des Körpers. Im Kleinhirne und der Medulla oblongata ist die Nervenleitung für die Hebekraft. Jede Krampfinnervation geht mit Muskelverkürzung einher. Für die Paralysis agitans liegt das Krampfzentrum wahrscheinlich in der Gegend der Vierhügel. Bei Chorea major haben die Krämpfe den Charakter gewollter Bewegungen, bei minor den Charakter zufälliger unregelmäßiger Zuckungen. Leyden sieht das Zentrum für erstere im Pulvinar, für letztere in der zerebrospinalen Achse.

Emil Eisenschitz erklärt, daß von den Klinikern die Chorea major und Chorea minor nicht als verschiedene Krankheiten angesehen werden.

Benedikt erwidert, daß er damit frühere Anschauungen gemeint hat. *i. m.*

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 14. November 1907.

Artur Goldreich demonstriert einen achtjährigen Knaben mit einer Verzögerung in der Entwicklung der bleibenden Zähne. Der Knabe mißt kaum 93 *cm*, statt wie normal etwa 118·5 *cm*. Weiters finden sich Zeichen von abgelaufener Rachitis. Der Ober- und Unterkiefer sind atrophisch. Man bemerkt im ganzen fünf der ersten Dentition angehörige Backenzähne. Bei einem Knaben dieses Alters sind von den bleibenden Zähnen gewöhnlich schon die vier ersten Mahlzähne und die vier inneren Schneidezähne entwickelt. Die Verzögerung in der Entwicklung der bleibenden Zähne dürfte mit der Rachitis in Beziehung stehen. Redner erwähnt zwei Fälle, wo Phosphortherapie günstig eingewirkt hat und soll auch in diesem Falle die Phosphortherapie eingeleitet werden.

Theodor Escherich hält die abgelaufene Rachitis für leicht bis mittelschwer und glaubt, daß der Zahnmangel auf Hypothyreoidismus oder eine andere kongenitale Anomalie beruhen könne.

Max Kassowitz hält im Gegensatze zu E. die abgelaufene Rachitis für schwer und für überaus wahrscheinlich, daß das verspätete Vorkommen der bleibenden Zähne auf das Konto der Rachitis zu setzen sei.

Stephanie Weiß-Eder demonstriert einen Fall von Mitbewegung eines ptotischen Augenlides. Die Ptosis ist eine angeborene, nicht familiäre. Bei allen Blickrichtungen sowie beim Runzeln der Stirne hängt das rechte Augenlid herab, jedoch beim Öffnen des Mundes und bei Seitenbewegungen des Unterkiefers nach links wird das ptotische Lid soweit gehoben, daß die rechte Lidspalte sogar etwas weiter erscheint als die linke. Diese Mitbewegungen sind vielleicht infolge einer angeborenen Nervenverbindung der Kaumuskeln mit dem Musc. levat. palpebrae sup. zu erklären.

Heinrich Lehndorff stellt einen zwölfjährigen Knaben vor, bei dem sich im Verlaufe eines schweren Tetanus Deformitäten der Wirbelsäule und der Rippen ausgebildet haben. Im Anschlusse an eine Verletzung an der Ferse trat bei dem Pat. Mitte Mai dieses Jahres Tetanus auf. Es bestanden hochgradige tonische Krämpfe der gesamten Muskulatur des Stammes und der Extremitäten, Opisthotonus, brettharte Kontraktion der Bauchmuskulatur, häufige heftige Anfälle mit Dyspnoe und maximalster Spannung der Muskulatur. Unter Behandlung mit Serum und Chloral schwanden allmählich die Spasmen. Es blieb eine Deformität des Thorax zurück. Kyphose der oberen Brustwirbelsäule, Abhebung der Schulterblätter mit ihrem medialen Rande, ferner beiderseits neben dem Sternum grubige Vertiefungen durch Einwärtsbiegung der Rippenknorpel. Die Muskulatur des Kindes ist sehr kräftig entwickelt, Kraft, Beweglichkeit, elektrisches Verhalten sind normal. Keine Schmerzhaftigkeit des Knochen. Röntgenbefund des Skelettes normal. Ein derartiger Folgezustand nach Ablauf des Krampfstadiums ist bis nun noch nirgends beschrieben. Die Ursache dürfte in den Muskelkrämpfen gelegen sein, da ja langdauernde tonische Kontrakturen Verbiegungen des jugendlichen Knochensystemes erzeugen können.

Bianca Bienenfeld hält ihren Vortrag „Über das Verhalten der Frauenmilch zu Lab und Säure". Das Kasein der Kuhmilch gerinnt bei Labzusatz, was bei Frauenmilch nicht der Fall ist. Wird Frauenmilch zentrifugiert mit Lab versetzt und mit $^1/_{10}$ Normalmilch oder Salzsäure versetzt, so daß ein Aziditätsgrad von 2·4 auf 10 cm^3 Milch besteht, und diese auf 40° erwärmt, so tritt Gerinnung ein. Wird der Säurezusatz erhöht, so tritt keine Gerinnung ein, setzt man jedoch so viel Alkali hinzu, daß die überschüssige Säure neutralisiert wird, so gerinnt die Frauenmilch. Da Gerinnung auch auf bloße Ansäuerung ohne Zusatz von Lab eintritt, so scheint es sich bei der Gerinnung der Frauenmilch um Säure, nicht um Labgerinnung zu handeln.

Escherich findet, daß die Ausführungen der Vortr. im Gegensatze zu der bisherigen Ausnahme stünden. Denn wie bekannt, ist im Magen des menschlichen Säuglings stets Lab vorhanden und gerinnt die Frauenmilch im Magen des Säuglings zu derben Flocken, die nicht wie die Säuregerinnsel in geringem Säureüberschuß wieder löslich sind.

Sigmund Fränkel betont, daß das Kasein der Frauen mit Kuhmilch nicht verglichen werden dürfen, da die Eiweißkörper anderer Natur sind und sich auch quantitativ anders verhalten. Während bei der Kuhmilch durch Säure 83% des Gesamtstickstoffes ausfallen, werden in der Frauenmilch durch Säure nur zirka 16% N gefällt. Eine spezifische Labwirkung besteht nicht, da auch mit Menschenlab keine Labgerinnung in der Frauenmilch erzielt werden konnte. Bei Säurezusatz dagegen tritt in der auf Lab ungerinnbaren Frauenmilch eine Fällung ein. Beide Kaseinsorten unterscheiden sich auch durch ihren Phosphorgehalt. Fränkel bemerkt weiters, daß beim Einengen des Filtrates nach der Säurefällung im Vakuum bei 30° ein zweiter Eiweißkörper ausfalle, der durch den Mangel bleischwärzenden Schwefels bemerkenswert sei. Dieser Körper scheint sonach bei höherer Säurekonzentration auszufallen und vielleicht hat dieser Körper an der Bildung der großen Flocken im Säuglingsmagen einen Anteil.

Bienenfeld bemerkt auch noch, daß vielleicht die leichtere Verdaulichkeit der Frauenmilch damit zusammenhänge, daß es bei der Frauenmilch nur zur Bildung von Säurekasein komme.

Hamburger fragt, ob bei der Auswahl der Milchprobe auf die Laktationsperiode geachtet wurde.

Bienenfeld erwidert, daß auf die Laktationsperiode, aus der die Milch stammte, nicht geachtet wurde. *i. m.*

IV. Literatur.

Was muß der Arzt von Nasen- und Halskrankheiten wissen? Von Dr. Maximilian Bresgen (Wiesbaden). Halle a. S. 1907. Verlag von Carl Marhold, 26 Seiten, 0·60 Mk.

Etwas soll jeder praktische Arzt von der Behandlung der alltäglichsten Erkrankungen der Nasen- und Rachenhöhle wissen. Eine gute Orientierung hiefür ist das im obigen Verlage erschienene Werkchen. Die Anweisungen für die Untersuchung der Nase, des Nasenrachenraumes, die Behandlung der chronischen Mandelentzündung und der Rachenkatarrhe sind genau und präzise angegeben. Das Schriftchen kann jedem Praktiker empfohlen werden, die es mit Nutzen gelegentlich zu Rate ziehen dürften.



Die Therapie an den Wiener Kliniken. Zusammengestellt von Dr. Landesmann. 8. Auflage. Herausgegeben von Doz. Dr. Marburg. Deuticke, Leipzig-Wien 1907. Kr. 9·60.

Das Buch, das im Laufe der Jahre für den Praktiker ein Nachschlagewerk ersten Ranges geworden ist, erscheint bereits in achter Auflage. Manches ist neu bearbeitet, so Chirurgie (Hochenegg), Hautkrankheiten (Riehl), Geschlechts- und Hautleiden (Finger), Toxikologie (Fröhlich), andererseits sind einige Kapitel neu hinzugekommen, z. B. physikalische Heilmethoden, Diätetik, Lichtbehandlung usw. Wenn auch ziemlich kompendiös, ist das Buch allen Praktikern, wie den in die Praxis tretenden Ärzten bestens zu empfehlen. M.

V. Aus der Praxis.

Einige Bemerkungen über Extractum chinae Nanning. Von E. Toff. (Zentralblatt für Stoffwechsel und Verdauungskrankheiten. Juni 1906.)

Die Einwirkung der Chinapräparate ist keine einfache. Einerseits und dieser Umstand wird viel zu wenig in Betracht gezogen, darf nicht vergessen werden, daß das darin enthaltene Chinin ein ausgezeichnetes Antiseptikum ist und deletär auf alle niederen Organismen einwirkt. Hat doch Koch nachgewiesen, daß die Entwicklung der Cholerabazillen durch einen Zusatz von Chininsulfat 1:5000 Nährflüssigkeit aufgehoben wird. In den Fällen von subakuten oder chronischen Magenerkrankungen, wo infolge Stagnation des Mageninhaltes oder anderer Ursachen, es zu abnormen Gärungsvorgängen in demselben kommt, werden mit Chininpräparaten, durch entwicklungshemmende Einwirkung auf die verschiedenen daselbst befindlichen Mikroorganismen, Sarzinen usw. ungünstige therapeutische Erfolge zu verzeichnen sein.

Von ebensolcher Wichtigkeit ist der Einfluß des Chinin und der anderen Alkaloide der Chinarinde auf die Sekretion des Magensaftes, der Speicheldrüse, vielleicht auch des Pankreas. Anderseits wirkt die Chinagerbsäure adstringierend, was namentlich in Fällen von Atonien und Katarrhen der in Betracht kommenden Schleimhäute von Wichtigkeit ist.

Jedoch sind nicht alle Chinapräparate gleichwertig. Am höchsten steht das Extract. Chinae Nanning; es ist ein wässeriger Auszug und vermeidet schon dadurch den Fehler der meisten anderen, daß sie durch ihren Alkoholgehalt den ohnehin schon indisponierten Magen noch weiter beleidigen. Außerdem wird Nanning nach eigener Methode aus bestem Material hergestellt, so daß die Erfolge bei seiner Ordination nur die natürliche Konsequenz der Herstellungsweise ist.

Toff ordinierte Nanning bei Frauen und Kindern, und zwar bei chronischen Magenkatarrhen, Verdauungsschwäche, ranzigem Aufstoßen, Gefühl von Magenfülle, nervöser Dyspepsie und fand, wie er sich kurz und bündig ausdrückt, daß Nanning alles leistet, was man von einem guten Chinapräparat verlangen kann.

Lokalanästhesie und ihre Technik. (Dr. Haupt in der Zeitschrift für ärztliche Praxis Nr. 20, 1907.)

Das zu ihrer Ausführung zunächst absolut Notwendige ist das Instrumentarium. Dasselbe besteht aus der Spritze und den dazu gehörigen Kanülen. Eine Infiltrationsspritze von 10 *cm*³ Inhalt mit Duritkolben und Quergestänge nebst einer Anzahl von 6—8 gut darauf passender scharf geschliffener Kanülen.

Als Lösung wird gewöhnlich die Solutio anaesthetica (Schleich) Nr. II, die sogenannte mittlere Lösung, zur Infiltrationsanästhesie genommen, bestehend aus:

Corain. hydrocht. 0·1
Morphin. hydrocht. 0·02
Natr. chlorat. sterilis. 0·2
Ag. dert. et sterilis. ad 100·0.

Diese Lösung ist in fast allen Fällen verwendbar. Handelt es sich ausnahmsweise um Operationen, bei denen große Flüssigkeitsmengen verwendet werden, so ist es ratsam, die Solutia anaesthetica (Schleich) Nr. III zu wählen, bestehend aus:

Corain. hydrocht. 0·01
Morphin. hydrocht. 0·005
Natr. chlorat. 0·2
Ag. dert. et sterilis. ad 100·0.

Die Technik selbst bedingt vor allen Dingen ein sehr ruhiges und exaktes Vorgehen. Jede Überstürzung bei der Ausübung des Verfahrens sowie jede Flüchtigkeit bei der Anästhesierung des Operationsgebietes können leicht insofern zu einem Mißerfolge führen, als daß der Patient irgendwie eine Schmerzempfindnng wahrnimmt, und von dem Augenblicke an ein unüberwindliches Mißtrauen gegen den Arzt wie auch gegen die Methode hegt.

Will man nach der üblichen Vorbereitung des Operationsfeldes zur Anästhesierung derselben schreiten, so kommt zuerst die Anästhesie derjenigen Hautstelle mit Äthylchlorid in Betracht. Man wählt also bei Operationen im nichtentzündeten Gewebe die für den Ausgang der Schnittführung passende Stelle, läßt den Chloräthylstrahl aus einer Entfernung von zirka 30—40 *cm* für einige Sekunden auf die Haut senkrecht aufstäuben; alsbald zeigt die Haut eine weißliche Verfärbung, auf der kleine Eiskristalle entstehen. Jetzt vertausche man den Spray, den man schnell zuschraubt, mit der bereit gelegten gefüllten Spritze und setze den ersten Einstich, indem man die Kanüle fast parallel zur Oberfläche der Haut mit nach oben gerichteter Ausflußöffnung in das Korium einsticht, so daß also die Injektion eine „intrakutane oder endermatische“ wird. Das intrakutane Arbeiten im Anfange ist als Generalregel für jede zu beginnende Infiltrationsanästhesie aufzustellen. Auf den gleichmäßigen Druck des Stempels der Spritze hin entsteht nun durch die aus der Kanüle ausgetretene Infiltrationsflüssigkeit auf der Epidermis eine anämische Quaddel, die, wie man sich alsbald überzeugen kann, völlig anästhetisch ist. Von dieser Quaddel ausgehend setze man nun Quaddel an Quaddel durch Einstechen der Kanüle am Rande der jeweilig zuletzt gesetzten Quaddel, noch innerhalb des bereits anästhesierten Gewebes, und Injektion in das intrakutane Gewebe der benachbarten in Frage kommenden Partien. Hat man so die erforderlichen Schnittlinien anästhesiert, so kann man von diesen aus mittels längerer Kanülen auch die tiefer liegenden Gewebe unempfindlich machen, indem man unter langsamem Vordringen der senkrecht gehaltenen Kanüle die Partien unter langsamem, gleichmäßigem Drucke des Stempels infiltriert.

Ist nun der Schnitt genau innerhalb des deutlich markierten infiltrierten Gewebes gelegt worden und handelt es sich darum, an tiefer liegenden Organen, z. B. Knochen oder Sehnen, einen Eingriff vorzunehmen, so empfiehlt es sich, dieselben noch einer besonderen Infiltration zu unterziehen, indem man bei den Knochen subperiostale Injektionen und bei den Sehnen solche in die Sehnenscheiden vornimmt, zwecks Anästhesierung des peritendinösen Gewebes, da die Sehne als solche absolut unempfindlich ist. Bei der Infiltration des Periosts, der je nach der beabsichtigten Operation partiell oder zirkulär von den Knochen zu erfolgen hat, warte man 1—2 Minuten mit der Operation, da die Unempfindlichkeit hier nicht sofort einzutreten pflegt; man kann nach Ablauf dieser kurzen Frist die ausgedehntesten Eingriffe am Knochen, wie Ausmeißelungen, Durchsägen, Abkneifen usw. vornehmen, ohne auch nur die geringste Empfindung auszulösen, eines der imponierendsten Momente des gesamten Verfahrens, wenn man an die Sensibilität des Periosts denkt.

Handelt es sich um die Herausnahme von Tumoren, z. B. Atheromen, Lipomen usw., so geht man nach Legung des Hautschnittes oder besser gesagt der Hautschnitte von den tiefer gelegenen infiltrierten Partien mit der Kanüle langsam unter den Boden der Geschwulst und infiltriert dieses Gewebe. Man erreicht hiedurch erstens die Unempfindlichkeit desselben, zweitens werden durch den Druck der Flüssigkeit eventuelle Verwachsungen der Geschwulst getrennt und drittens



wird die ganze Geschwulst nach der Oberfläche zu emporgetrieben, was die Operation selbst sehr vereinfacht. Da die gewöhnliche Dauer der Wirkung der Infiltrationslösung 20 Minuten beträgt, so ist für den Fall, daß die Operation längere Zeit in Anspruch nimmt, an den in Betracht kommenden Stellen und speziell für die am Schlusse der Operation zu legenden Hautnähte die Infiltration zu wiederholen, wie man überhaupt jederzeit während der Operation Stellen, die noch nicht oder nicht mehr genügend anästhesiert erscheinen, durch Einspritzen in den gewünschten Zustand versetzen kann.

Soweit ein Überblick über die allgemeine Technik, die sich auf das Operieren im gesunden Gewebe bezieht.

Etwas anders muß man dagegen im entzündeten Gewebe vorgehen. Es ist hier vor allen Dingen die Applikation des Äthylchloridsprays möglichst aus der Entzündungszone heraus zu verlegen, um vom gesunden Gewebe aus erst in das kranke vorsichtig hinein zu gelangen. Ferner ist der Druck beim Spritzen möglichst gering zu bemessen, da in den entzündeten Partien an und für sich schon eine Drucksteigerung herrscht und eine Verstärkung derselben auch eine Vergrößerung des Schmerzes, also gerade das Gegenteil der gehegten Absicht, bedingt. Es ist zweckmäßig, sich bei dieser Manipulation mit dem zu Operierenden derart in Verbindung zu setzen, daß man ihm sagt, man habe die Druckverteilung völlig in der Hand und ihn ersucht, falls sich der Infiltrationsdruck irgendwie unangenehm bemerkbar mache, dies anzugeben, damit durch Herabminderung desselben jede Schmerzempfindung vermieden werde.

Handelt es sich um Panaritien, Karbunkeln, Furunkeln usw., d. h. Prozesse, bei denen es bereits zu einer Eiteransammlung im Gewebe gekommen ist, die an und für sich schon eine eminente Spannung desselben bedingt, so hat es sich für recht zweckmäßig herausgestellt, an derjenigen Stelle, wo die die Eiteransammlung überspannenden Hautpartien am dünnsten sind, unter Anwendung des Äthylsprays, der hier nicht schmerzerregend wirkt, eine kleine Inzision zu machen, damit die durch die Infiltration bedingte vermehrte Spannung nicht erst eine Schmerzempfindung hervorruft, sondern die den Überdruck verursachenden Flüssigkeitsmengen aus der geschaffenen Öffnung abfließen können. Gerade bei entzündlichen Prozessen kommt es auf ein recht langsames und vorsichtiges Infiltrieren am meisten an. — Man hüte sich dann mit der Kanüle, die in den eitrigen Partien benutzt worden ist, im Verlaufe der Operation in ein gesundes Gewebe hineinzustechen, da leicht Infektionen hiedurch herbeigeführt werden.

Wenn man bei Operationen an den Extremitäten sich das Arbeiten durch Herstellung der Blutleere im Operationsgebiete wesentlich erleichtert, was durch Anlegung eines Schlauches oder einer Binde erzielt wird, so mache man hievon bei Operationen im entzündeten Gewebe nur mit größter Vorsicht Gebrauch, da die vorher erwähnte Drucksteigerung durch Abschnüren des betreffenden Gliedes vermehrt sehr leicht Schmerzen hervorzurufen imstande ist. Jedenfalls muß man auch hiebei die individuelle Empfindsamkeit des Patienten genau im Auge behalten.

Handelt es sich um Eingriffe an den mit Schleimhaut bedeckten Teilen des Körpers, so nehme man von der Anwendung des Äthylchloridsprays Abstand, da die abfließenden Mengen dieses Materials leicht schmerzhafte Verbrennungen auf der Schleimhaut hervorrufen können. Es läßt sich hier durch Betuschen der Stelle mit einem in 10% Karbolsäure oder noch besser in Korain oder Alypin getauchten kleinen Wattebäuschchen im Verlaufe einiger Sekunden eine für den ersten Einstich ausreichende Anästhesie erzielen.

Daß die Anästhesie nicht nur für Eingriffe mit dem Messer, sondern auch für oberflächliche und tiefere Anwendungen der Glühhitze absolute Schmerzlosigkeit bedingt, darf wohl nicht weiter betont werden.

Die gewöhnliche Dauer der Wirksamkeit der Lösung beträgt 20 Minuten. Nach dieser Zeit kommen die Nerven aus dem Zustande der Betäubung, die sie durch die Infiltration erfuhren, sozusagen wieder zur Besinnung, und es läge eventuell nahe, daß die bei der Operation gesetzten Zerstörungen und Verletzungen des Gewebes mit Schmerzen reagierten. Seltsamerweise ist dies nicht immer der Fall und es scheint fast, als wirke das Morphium auch in den schwächsten Lösungen und bei Anwendung ganz geringer Mengen noch nachher schmerzstillend. Sollte sich jedoch trotzdem der sogenannte Nachschmerz einstellen, so genügen 8 bis 10 Tropfen Tct. Opii, um in Kürze die Schmerzen zu beseitigen.

VI. Notizen.

Personalnachrichten. Wien: Privatdozent Dr. Rudolf Schmidt wurde zum Primararzt II. Klasse im Stande der Ärzte der Wiener k. k. Krankenanstalten ernannt.

Baden bei Wien. Die Kurkommission faßte vor kurzem folgende Beschlüsse: 1. Alle Med.-Doktoren, deren Familien, sowie Dienstpersonal sind von der Kur- und Musiktaxe frei. 2. Weiters sind Arzteswitwen so wie Arztesfrauen zu behandeln.

— Abg. Dr. Weißkirchner gab im niederösterreichischen Landtage die Anregung zur Schaffung einer Hauskranken- und Wochenpflege. Die Anregung hatte den Zweck, bei Mangel an Plätzen in Spitälern dafür Sorge zu treffen, daß geschulte und geprüfte Krankenpflegerinnen zur Verfügung stehen, welche unbemittelten Personen unentgeltlich den erforderlichen Beistand leisten. Gleichzeitig mit dieser Krankenpflege sollte auch die Hauspflege verbunden sein, das heißt, die Bestellung des Haushaltes für solche kranke Personen, welche bettlägerig und daher außerstande sind, ihr Hauswesen in Ordnung zu halten. Der Landesausschuß ermög-

lichte durch Subventionen die Aufstellung von Pflegestationen für katholische Ordensschwestern. Solche Stationen bestehen nun zehn. Nachdem die Ordensschwestern für die Hauskrankenpflege in ganz Wien nicht ausreichen und die Versorgung der Hauskrankenpflege auf dem Lande Schwierigkeiten bereitet, hatte der Landesausschuß auch weltliche Krankenpflegestationen ins Auge gefaßt. In dem Hause Wien VIII., Laudongasse 14, wurde die Zentrale der Landeshauskrankenpflege vorläufig eingerichtet und befinden sich daselbst eine Oberin und sechs Pflegerinnen, welche die Hauskrankenpflege auf ärztliche Aufforderung bei armen Patienten in solchen Bezirken versehen, wo gar keine oder nicht genügend Ordensschwestern vorhanden sind. Demnächst soll der Landesausschuß mit der Gemeinde Wien wegen des Zusammenwirkens dieser Hauskrankenpflege mit der öffentlichen Krankenpflege das Einvernehmen herstellen und sodann dem Landtage eine Vorlage auf definitive Organisation der Hauskranken- und Wochenpflege unterbreiten.

Der nächste Internationale Tuberkulosekongreß, der im nächsten Jahre in Washington tagen wird, wird ein sehr inhaltsreiches Programm besitzen. Schon die zeitliche Ausdehnung der Versammlung, die sich vom 21. September bis zum 12. Oktober erstrecken wird, läßt darauf schließen. Die internationale Versammlung für das Studium und die Verhütung der Tuberkulose ist mit der Organisation des Kongresses betraut worden und hat jetzt einen vorläufigen Entwurf für den Verlauf der Tagung versandt. Die Leitung der Versammlung wird Dr. Frank Billings haben; zu Ehrenpräsidenten sind Präsident Roosevelt, der Expräsident Grover-Cleveland und Professor William Osler ernannt worden. Die Arbeiten des Kongresses werden in sieben Sektionen stattfinden, zu deren Leitung durchweg amerikanische Gelehrte bestimmt worden sind. Die erste Sektion bezieht sich auf Pathologie und Bakteriologie, die zweite auf Krankenhäuser und Polikliniken, die dritte auf Chirurgie und Orthopädie, die vierte auf Tuberkulose bei Kindern und auf Ätiologie, Verhütung und Behandlung der Krankheit, die fünfte auf die hygienischen, sozialen, industriellen und ökonomischen Beziehungen der Tuberkulose, die sechste auf staatliche und städtische Kontrolle über die Tuberkulose, die siebente auf Tuberkulose bei Tieren und ihre Beziehungen zum Menschen. Die eigentlichen Arbeiten des Kongresses werden in der Woche vom 28. September bis 3. Oktober stattfinden. Während der gesamten Zeit der Versammlung findet eine Tuberkuloseausstellung statt. Nach diesen Mitteilungen läßt sich annehmen, daß wenigstens 2½ Wochen außer der Arbeitszeit einer anderweitigen Belehrung und Unterhaltung der Kongreßmitglieder gewidmet sein sollen, wie ja die gastlichen Amerikaner in dieser Hinsicht eher zu viel als zu wenig zu tun pflegen.

Hugo Salus, Die Blumenschale. Gedichte. Umschlagzeichnung von Bohumil Nehasil. Preis geheftet Mk. 2, in Leinen gebunden Mk. 3. Verlag von Albert Langen, München. Mit diesem neuen Gedichtbuche wird Hugo Salus seiner großen Verehrergemeinde eine lebhafte Freude bereiten. Denn es ist eine edle, reife Frucht seiner Kunst, die in ihrer Frische, Vornehmheit und Wärme einen sehr erfreulichen Gegensatz bildet zu dem meisten, was heute an Lyrik erscheint. Hier steht einer, der eine hinreichend starke Persönlichkeit ist, um es nicht nötig zu haben, sich durch exzentrische Gliederverrenkungen, durch wildes Brunstgeheuchel aus der Masse unserer Lyriker hervorzuheben. Klar, maßvoll und formvollendet sind diese Gedichte, und dennoch spürt man in jeder Zeile das starke Temperament durch und erkennt wieder die alte Wahrheit, daß verhaltene Kraft unendlich viel mächtiger wirkt als alle wilden Kraftgebärden lärmender Feuerköpfe. „Die Blumenschale“ erfüllt alle Hoffnungen, die man auf das nächste Gedichtbuch von Hugo Salus setzen konnte, ja es übertrifft sie noch. Dieses Buch wird dem feinen Dichter viele neuen Freunde zu seinen alten werben.

„März“, Halbmonatsschrift für deutsche Kultur. Herausgeber: Ludwig Thoma. Hermann Hesse, Albert Langen, Kurt Aram. Erstes Dezemberheft 1907. Preis Mk. 1.20, im Abonnement: das Quartal (6 Hefte) Mk. 6. Verlag von Albert Langen in München.

VII. Bibliographie.

Lehmanns mediz. Handatlanten. Bd. X/1. Atlas und Grundriß der Bakteriologie und Lehrbuch der speziellen bakteriologischen Diagnostik. Von Prof. Dr. K. B. Lehmann, Würzburg, und Dr. R. O. Neumann, Heidelberg. 4. umgearb. und vermehrte Auflage. Mk. 18. München, J. F. Lehmann 1907.

Die sexuelle Neurasthenie und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Geschlechtsorgane. Von weil. Prof. Dr. Nicolo Barrucco. Aus dem Italienischen übersetzt von Dr. Ralf Wichmann. 2. verb. Auflage. Berlin W 30. Verlag Otto Salle, 1907.

VIII. Eingesendet.

Kundmachung. Aus den Erträgnissen der Wilhelm & Alida-Stiftung ist vom Jahre 1908 an ein Stiftplatz von jährlichen K 880 zu verleihen. Zum Genusse dieser Stiftung, welche auf Lebensdauer verliehen wird, und welche jeden Perzipienten verpflichtet, alljährlich zwei Messen für das Seelenheil der Stifter lesen zu lassen, sind nur alte, gebrechliche, ohne ihr Verschulden hilfsbedürftig gewordene Mitglieder des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums berufen, in erster Linie solche, die Kinder haben, in zweiter Linie bei sonst gleichen Eigenschaften homöopathische Ärzte. Bewerber um diesen Stiftplatz haben ihre mit dem Altersnachweise ihrer Hilfsbedürftigkeit belegten Gesuche bis längstens 31. Dezember 1907 beim Wiener medizinischen Doktorenkollegium, I., Rotenturmstraße 19, zu überreichen.

Vom Wiener medizinischen Doktorenkollegium.





Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXX. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 52. Wien, 28. Dezember 1907. **Nr. 52.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Erfahrungen über die Radikaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems.

Von **Professor Albert Denker**, Erlangen.

(Schluß.)

Der Heilungsverlauf war immer ein ganz glatter, die höchste überhaupt beobachtete Temperatur am Tage nach der Operation betrug 38·7, in den meisten Fällen trat überhaupt kein Fieber auf. Die Tampons aus der Kieferhöhle wurden am 3. oder 4. Tage, die Nähte gewöhnlich am 5. Tage entfernt. Mit Ausnahme von zwei Fällen, bei denen schon vorher nach der Aufmeißelung von der Fossa canina aus, eine Fistel bestand, die sich auch nach unserem Eingriffe trotz Anfrischung nicht schloß, gelang es stets, durch die primäre Naht der oralen Wunde einen dauernden und sofortigen Verschluß herbeizuführen, Die Nachbehandlung bestand vom 10. Tage nach der Operation an in Ausspülungen der Kieferhöhle mit Kochsalzlösung und nachfolgender Einpulverung mit Borsäure.

Für die Spülungen und für die Insufflationen wurden weite abgebogene Glasröhren (Demonstration) verwendet, die die Patienten in die offen in der Nasenhöhle kommunizierende Kieferhöhle sehr leicht einzuführen lernen.

Störungen von seiten des Tränenapparates (Tränenträufeln u. dgl.) durch die Resektion des unteren Teiles des Ductus nasolacrymalis, die bei der Fortnahme des lateralen Teiles des unteren Nasenganges mit erfolgt, haben wir in keinem Falle beobachtet.

Auch das Ausfallen von Zähnen infolge der Durchtrennung der zuführenden Nerven und Gefäße kam nicht vor: nur einmal gab ein Patient an, daß der erste Prämolaris der operierten Seite ihm ohne Gefühl scheine. Immerhin dürfte es sich empfehlen, die faziale Kieferhöhlenwand nicht ganz bis in den Alveolengrund hin fortzunehmen.

In drei von unseren 18 Fällen stellte sich nachträglich heraus, daß noch andere Nebenhöhlen gleichzeitig erkrankt waren und behandelt werden mußten; in dem ersten Falle gelang es, eine Stirnhöhleneiterung auf konservativem Wege zur Heilung zu bringen, in dem zweiten mußte noch die Killiansche Stirnhöhlenoperation ausgeführt werden; auch bei dieser Patientin trat trotz der Fortnahme des Proc. front. des Oberkiefers in der Wangengegend keine Deformität auf. In dem dritten Falle mußte noch das Siebbeinlabyrinth ausgeräumt werden.

Hinsichtlich des Erfolges unserer Eingriffe bin ich nun in der glücklichen Lage, Ihnen berichten zu können, daß in sämtlichen Fällen Heilung erzielt wurde, das heißt daß nicht nur in der nächsten Zeit nach der Operation die Sekretion ihren üblen Geruch verlor resp. bald sistierte, sondern wir haben durch Kontrolle aller operierten Patienten in den letzten beiden Monaten festgestellt, daß in keinem Falle ein Rezidiv aufgetreten war; stets konnte nur geringes schleimiges Sekret, wie es auch in der Haupthöhle der Nase sich fand, durch die Ausspülung entfernt werden, oder auch es war überhaupt keine Absonderung vorhanden. Eine Reihe von Spezialkollegen hat sich in meiner Klinik von unseren günstigen Resultaten überzeugen können, und die einschlägigen Publikationen, welche bereits in ziemlich großer Anzahl aus der deutschen und ausländischen Fachpresse vorliegen, bestätigen die erfreulichen Erfolge, welche mit unserem Verfahren erzielt werden können.

Von besonderem Interesse für mich war die in der Monatsschrift f. Ohrenh. erschienene Publikation des Herrn Kollegen Cordes, der den Vorschlag machte, bei unserem Verfahren die partielle Resektion der unteren Muschel zu unterlassen. Er führt bekanntlich auch die primäre Naht der oralen Wunde aus, läßt aber in dem vorderen Wundwinkel eine kleine Öffnung, durch den der Tampon aus der Kieferhöhle gespült und alsdann die weitere Nachbehandlung, soweit eine solche notwendig ist, von der Nase her ausgeführt. Die Gründe, welche Herrn Kollegen Cordes veranlaßt haben, die partielle Resektion der unteren Muschel zu vermeiden, liegen hauptsächlich in der Befürchtung, daß die betreffenden Patienten durch diesen Eingriff geschädigt werden können, insofern als sie im Anschlusse an denselben leichter an katarrhalischen Affektionen der oberen Luftwege und an Borkenbildung in der Nase zu leiden haben. Ich habe nun bei unseren sämtlichen operierten Patienten nachgeforscht, ob diese Befürchtungen wirklich begründet sind, und festgestellt, daß es zu mäßiger Krustenbildung nur in einem einzigen Falle gekommen ist; in diesem Falle lag noch Verdacht auf Siebbeinzelleneiterung vor und es war längere Zeit nicht gespült worden; ich



glaube auch, daß dieselbe nach größeren Eingriffen an der unteren Muschel nur dann zustande kommt, wenn sonst noch Sekretionsanomalien in der Nase oder versteckte Nebenhöhleneiterungen vorhanden sind. Auf meine Anfragen bezüglich der Neigung zu Katarrhen habe ich folgende Antworten erhalten: Dieselbe bestand in gleicher Weise wie vor dem Eingriffe weiter in zwei Fällen, sie war zur Zeit der Anfrage ebensowenig wie vorher vorhanden in sechs Fällen, sie war gegen früher verringert bei sechs Patienten und endlich in drei Fällen, wo sie vor der Operation bestanden hatte, nachher gänzlich verschwunden.

Es geht aus dem Gesagten, soweit sich die Frage nach dem vorliegenden Materiale beurteilen läßt, hervor, daß die partielle Resektion der unteren Muschel keine so großen Nachteile im Gefolge hat, wie es aus theoretischen Gründen zunächst scheinen mag.

Wir haben bei unseren letzten Operationen nur etwa das vordere Drittel der unteren Muschel reseziert und dadurch genügend Raum geschaffen, so daß der Tampon zur Nase herausbefördert werden konnte; und ich möchte von diesem Eingriffe doch nicht gern Abstand nehmen, keineswegs weil ich meine, daß derselbe zur Heilung unbedingt notwendig sei — denn die Fälle des Herrn Kollegen Cordes beweisen ja, daß auch bei Konservierung der unteren Muschel die Heilung regelmäßig eintritt — sondern weil bei Vornahme desselben die orale Wunde, die sonst doch 8—14 Tage noch offen bleibt, sogleich geschlossen werden kann.

Und daß dieser sofortige Verschluß eine sehr große Wohltat für den Operierten ist, das haben mir besonders die Patienten versichert, welche vorher nach Aufmeißelung der Fossa canina von der oralen Wunde her behandelt worden waren; auch dürfte beim Fehlen der vorderen Partie der unteren Muschel das Ausspülen der Kieferhöhle durch den Patienten wesentlich erleichtert werden. — Immerhin werde ich den Vorschlag des Herrn Kollegen Cordes bei nächster Gelegenheit nachprüfen, um mir ein eigenes Urteil über den Wert desselben bilden zu können.

Alles in allem darf ich nach unseren eigenen Beobachtungen und den Erfahrungen einer Reihe von Spezialkollegen es wagen, Ihnen unser Verfahren zur weiteren Nachprüfung zu empfehlen, und ich glaube sagen zu dürfen, daß dasselbe auch in den hartnäckigsten Fällen noch fast sicheren Erfolg verbürgt.

---

79. Naturforscherversammlung in Dresden.

15. bis 21. September.

(Fortsetzung.)

Im nachstehenden seien einige besonders interessante Vorträge auszugsweise wiedergegeben.

Tuberkulose und Ehe.

(Dr. Scherer, Bromberg.)

Die Gefährdung eines gesunden Ehegatten durch einen tuberkulösen ist wohl zweifellos. Tuberkulöse Frauen, auch solche mit latenter Tuberkulose, sind durch die Eheschließung in weit höherem Grade gefährdet, als tuberkulöse Männer. Schließt ein gesunder Mensch mit einem lungenkranken die Ehe, so ist die Gefahr, daß der Gesunde durch den Kranken mit Tuberkulose infiziert wird, außerordentlich groß, um so größer, je ungünstiger die ganzen sozialen Verhältnisse der Eheschließenden sind. Darum sollten tuberkulöse Frauen (Mädchen) unter keinen Umständen heiraten, weil die Ehe für sie beträchtliche Gefahren mit sich bringt. Namentlich Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und das Stillen beeinflussen erfahrungsgemäß die latente oder manifeste Tuberkulose in durchaus ungünstigem Sinne. Und den tuberkulösen Männern kann man die Ehe nur dann gestatten, wenn bei ihnen mindestens einige Jahre hindurch keine Tuberkelbazillen im Auswurfe nachweisbar waren und auch sonst keinerlei Anzeichen dafür vorhanden sind, daß die Tuberkulose noch als „aktiv", also im Fortschreiten befindlich, angesehen werden muß, wenn ferner die wirtschaftlichen Verhältnisse derart sind, daß auch im Falle einer neuen Erkrankung oder eines Wiederaufflackerns der alten Erkrankung genügende Pflege, ausreichende Ernährung und Beachtung der erforderlichen Vorsichtsmaßregeln den Gesunden gegenüber gesichert sind. Kommt eine tuberkulöse Erkrankung in einer Familie vor, so muß der Kranke alles vermeiden, was eine Infektion seiner Angehörigen zu befördern imstande ist. Er muß auf die unschädliche Beseitigung seines Auswurfs und auch sonst auf peinlichste Reinlichkeit und Sauberkeit bedacht sein. Leichtkranke, deren Leiden noch behoben werden kann, sind so bald wie möglich in Heilanstalten unterzubringen. Die Isolierung der Schwerkranken ist unbedingt anzustreben, um eine Infektion der Gesunden zu verhüten. Nach dem Tode des Kranken sind die Wohnung, das Bett und die von ihm benützten Kleider und Wäschestücke einer gründlichen Desinfektion zu unterziehen.

Der Ritualmord.

(Prof. Kenyeres, Klausenburg.)

Viel Schuld an dem Ritualmordaberglauben hatten die irrigen Gutachten und unrichtigen Auslegungen der Sachverständigen. Wie die Strafprozesse von Konitz, Polna usw. beweisen, ist der Aberglaube des Ritualmordes noch immer nicht erloschen. Gleich Kohlen unter der Asche glimmt er weiter, und niemand kann wissen, wann er wieder einmal zu hellen Flammen angefacht wird. Die allgemeine Aufklärung, die ihn aus der Welt schafft, wird sicher noch lange auf sich warten lassen. Bis dahin hat die Wissenschaft die Pflicht, einesteils vorkommende verdächtige Fälle der Wahrheit gemäß zu klären, andernteils die Fälle der Vergangenheit, die als Beispiele herangezogen werden könnten, zu beleuchten. Im Jahre 1764 verschwand zum Beispiel ein Knabe von fünf Jahren und wurde am dritten Tage als Leiche im Walde vorgefunden. Der Verdacht eines Ritualmordes wurde besonders dadurch bestärkt, daß Sachverständige am Körper hebräische Buchstaben erkannten. Der Verdacht war so stark, daß bei zwei Verdächtigten auf ein Verhör unter Folteranwendung erkannt wurde. Einer beendete im Laufe der Untersuchung sein Leben im Kerker, der andere und die übrigen wurden freigesprochen. Aus einem Ölgemälde, das seinerzeit von der Leiche verfertigt wurde, ergibt sich aber, daß die verdächtigen Zeichen einfach Leichenerscheinungen sind, entstanden durch Fäulnis bei Lage des Körpers auf unebenem Grunde. In einem weiteren Falle folgerten die Sachverständigen einfach daraus, daß die Kopfschlagader bei einer faulen Leiche leer gefunden wurde, auf das Blutabzapfen. Auch im Prozesse von Tisza-Eszlar ließen sich die sachverständigen Ärzte durch Leichenerscheinungen irreführen. Die beste Aufklärung über alle diese Irrtümer findet man in dem Buche von Dr. Karl Eötvös.

Die Diätetik der Gefäßverkalkung.

(Dr. Lustig, Meran.)

Die Arterienverkalkung oder Arteriosklerose ist in steter Zunahme begriffen und neben der Tuberkulose eines der am häufigsten vorkommenden Leiden geworden. Es häufen sich die Meldungen der Tagesblätter über plötzliche Todesfälle infolge Gehirn- und Herzschlages. Das Traurige ist dabei, daß der größte Teil der Fälle Individuen schon im Alter von 40 bis 50 Jahren betrifft. Glücklicherweise ist unser therapeutisches Rüstzeug speziell gegen den Beginn des Leidens nicht ohnmächtig. Vor allem muß der Fleischkonsum auf das notwendigste und zulässige Minimalmaß eingeschränkt werden; dann muß reichlich eine vegetabilische, alkalireiche Nahrung verabreicht werden, die, um die Übersättigung des Blutes mit Kalksalzen hintanzuhalten, auch der Forderung nach der Kalkarmut Rechnung trägt; endlich müssen alle die Gefäßkontraktionen hervorrufenden sowie die Herztätigkeit über das normale Maß hinaus in Anspruch nehmenden Nahrungs- und Genußmittel aus der Diätetik Arteriosklerotiker eliminiert werden. Hemmend auf die Verkalkung wirken Obst-

und Traubenkuren, Mineralwassertrinkkuren können nur mit großer Vorsicht durchgeführt werden; Milchtrinkkuren sind aber schädlich und sollen nach Tunlichkeit gemieden werden.

II. Referate.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde. 1907. 1. Heft.

Mitralstenose und Rekurrenslähmung. Von Dr. W. Koellreutter (Prof. Körner, Rostock).

K. sucht an der Hand eines Falles, in welchem außer einer Mitralstenose und starker Vergrößerung des linken Vorhofes bei Rekurrenslähmung noch Symptome vorhanden sind, welche auf das Vorhandensein eines im rechten Mediastinum gelegenen Tumors hinweisen, zu zeigen, daß in manchen Fällen weder die physikalischen Methoden noch das Röntgenbild ganz eindeutig sind. Man soll und darf daher die Diagnose einer durch Mitralstenose hervorgerufenen Rekurrenslähmung nur bei der Autopsie machen, eine Behauptung, die nicht leicht von jemandem ohne Widerspruch hingenommen werden wird.

Untersuchungen am Sinus sigmoideus im Kindesalter. Von Jürgens, Warschau.

Eine Studie über die normalen Verhältnisse am kindlichen Sinus sigmoideus muß im Originale nachgelesen werden.

Demonstrationsvortrag. Von Dr. Hecht, München.

H. erwähnt unter anderem eines Falles, in welchem von einem Zahnarzte die Kieferhöhle vom Alopolarfortsatze anzubohren versucht wurde. Die Bohröffnung wurde aber zu weit vorne in der Schneidezahngegend angelegt und führte daher in die Nase. Im Anschlusse daran stellte sich eine Nekrose des den Bohrkanal umgebenden Knochens ein.

Über eine neue Parazentesennadel. Von Dr. Richter, Plauen i. V.

Es wird eine dreikantige statt der gewöhnlichen zweischneidigen Parazentesennadel empfohlen.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde. 1907. 2. Heft.

Der therapeutische Wert des Fibrolysins bei Mittelohrerkrankungen. Von Dr. Ernst Urbantschitsch, Wien.

U. erzielte durch subkutane Injektionen von wässeriger Fibrolysinlösung in einem gewissen Prozentsatze der Fälle von Otosklerose, chronischem Adhäsivprozeß sowie Schwerhörigkeit bei abgelaufenen eitrigen Mittelohrentzündungen Besserung des Gehöres, Verminderung der subjektiven Ohrgeräusche. Es wird wöchentlich zwei- bis dreimal von 0·3 bis 2·3 Fibrolysin pro dosi ansteigend injiziert. In einer Reihe von Fällen mußte allerdings die Behandlung wegen unangenehmer Allgemein- oder Lokalerscheinungen, wie Blutungen, Kopf- oder Zahnschmerzen usw. vorzeitig unterbrochen werden.

Zur Blutstillung nach Tonsillotomie. Von C. Henkes, Amsterdam.

H. empfiehlt bei Tonsillenblutungen, anstatt über einem Tampon zu nähen (Escat-Heerman), über einem Tampon die beiden Gaumenbögen durch zwei übereinander angelegte Klammern aneinanderzupressen. Er gibt ein für diesen Zweck geeignetes kehlkopfpinzettenartiges Instrument an. Es gelang H. auf die angegebene Art leicht, die heftige, anderweitig nicht zu stillende Blutung zum Stehen zu bringen.

Zur Behandlung der Kehlkopfpapillome. Von Dr. W. Koellreutter (Klinik Körner, Rostock).

K. hat mit Erfolg die Rezidive der Kohlkopfpapillome hintangehalten durch eine gleichzeitig mit der endolaryngealen Entfernung der Papillome vorgenommene Arsenkur (Grant und Hutton). Es wurden durch längere Zeit innerlich 9 *mg* As pro die in Form der Solutio Fowleri gegeben.

Aus dem Sitzungsberichte der „Österr. otolog. Gesellschaft". Dr. Ernst Urbantschitsch (vorläufige Mitteilung) hat bei den von ihm untersuchten Taubstummen verschiedener Institute gefunden, daß eine an einem bestimmten Punkte des Schädels aufgesetzte tönende Stimmgabel auf der anderen Seite des Schädels, gewöhnlich an dem diametral gegenüberliegenden korrespondierenden Punkte, perzipiert wird.

Menzel, Wien.

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter".)

Sitzung vom 13. Dezember 1907.

Oskar Föderl stellt einen 30jähr. Pat. vor, der infolge Leberruptur mit Quetschung des Pankreas operiert wurde. 19 Stunden nach dem Unfalle wurde die Laparotomie vorgenommen. Dieselbe bestätigte die gestellte Diagnose. Im Harne, welcher am Tage der Operation zur Untersuchung kam, fand sich Zucker und Azeton. Dieser Befund war nicht durch die intraabdominelle Blutung, sondern durch die Mitbeteiligung des Pankreas bedingt. Das Azeton schwand bald, hingegen wurde der Urin erst zuckerfrei, als Pat. auf kohlenhydratfreie Diät gesetzt wurde. Eine spätere Diätänderung hatte weiter keinen Einfluß und blieb der Harn konstant zuckerfrei. Weiters stellt F. einen 18jähr. Pat. vor, den er wegen einer Vulnus sclopetarium des Magens mit einem 7 *mm*-Revolver operiert hatte. Auffallend war der Befund einer reflektorischen Rektusspannung, weswegen dem Pat. die Operation angeraten und zwölf Stunden nach der Verletzung vorgenommen wurde. Am Peritoneum parietale fand sich im Zentrum einer fünfkronenstückgroßen Suffusion eine schlitzförmige Dehiszenz. Die anliegende Magenpartie zeigte keine Verletzung, hingegen fand man mehr median an der vorderen Magenwand, näher der kleinen Kurvatur, eine suffundierte Stelle, in derem Zentrum die Serosa nur soweit verletzt war, daß man mit einer dicken Knopfsonde die Verletzung als eine penetrierende nachweisen konnte. Das Röntgenbild zeigte das Projektil über dem Körper des ersten Lendenwirbels. Eine Ausschußöffnung war nicht zu finden. Das ließe sich so erklären, daß der Ausschuß am Magen so klein war, daß er wohl übersehen werden konnte oder was wahrscheinlicher ist, daß die Verletzung durch eine tangentiale Wirkung der Kugel hervorgebracht wurde. Interessant ist, daß bei der relativ kleinen Wunde das für intraabdominelle Verletzungen charakterisierte Symptom der reflektorischen Rektusspannung so deutlich ausgesprochen war.

Julius Schnitzler stellt zwei Pat. nach Exstirpation der Vena saphena vor. In dem einen Falle wurde die Exstirpation bei bestehender akuter Phlebitis (infolge Gravidität) geführt. Im zweiten Falle wurde die Exstirpation der Saphena bei Fehlen entzündlicher Erscheinungen an den Varizen vorgenommen. Während im ersten Falle die knotige und komplett thrombosierte Vene mit einem Schnitte vom Poupartschen Bande bis zum Malleolus int. exstirpiert wurde, wurden im zweiten Falle zahlreiche kleine Schnitte gesetzt, wobei durch Vermeidung des langen Schnittes ein besseres kosmetisches Resultat erzielt und die Operationsdauer abgekürzt wird. Nach Schnitzler kann die Exstirpation der Vena saphena bei entzündeten und nichtentzündeten Varizen Konsequenzen der Varizen bestimmt verhüten.

v. Haberer hatte Gelegenheit, einen ganz analogen Fall vor kurzem zu operieren und rühmt ebenfalls das erzielte Resultat.

Carl Sternberg demonstriert einen Fall von Verletzungen der Arteria pulmonalis durch eine durchwandernde Nadel. Nach dem anatomischen Befunde ist die betreffende Nadel offenbar an der vorderen Fläche des Herzbeutels eingetreten, durch die Arteria pulmonalis hindurchgewandert und an der hinteren Fläche des Perikards wieder ausgetreten. Der Mangel irgendwelcher Ausheilungsvorgänge an den Lücken des Perikards und der Arteria pulmonalis spricht dafür, daß die Verletzung derselben kurze Zeit vor dem Tode erfolgte. (Der Tod erfolgte plötzlich.)

Paul Albrecht stellt einen Fall von Deformität der Schulter vor (angeblich entstanden nach einem Falle auf die linke Schulter vor drei Jahren). Die linke Schulter ist nach vorne, innen und unten gesunken, so daß die Entfernung des inneren Randes der Skapula von der Linie der Dornfortsätze auf der linken Seite um 4 *cm* größer ist als auf der rechten. Die äußere Portion des Musculus trapezius, soweit er sich an der Spina scapulae, dem Akromion und der Klavikula



ansetzt, ist atrophiert, der Musculus deltoideus stark hypertrophiert. Der Musculus trapezius zeigt keine Entartungsreaktion, seine Erregbarkeit für den faradischen Strom ist in den äußeren Partien herabgesetzt, der Atrophie entsprechend. Der Pat. kann den Arm nur bis zur Horizontalen elevieren, die Skabula hebt er gut. Die Klavikula ist am Übergange des mittleren in das äußere Drittel deutlich verbreitert, das Röntgenbild zeigt die Verdickung des Knochens deutlich. Es handelt sich um eine vor drei Jahren akquirierte Fraktur der linken Klavikula, die mit dieser auffallenden Deformität der Schulter ausgeheilt ist. Dieselbe läst sich aus der Anamnese erklären. Der Pat. gibt nämlich an, er habe vier Wochen nach dem Trauma mit seiner Arbeit wieder begonnen, die darin bestanden hat, daß er mit Steinen schwer beladene Schiebkarren den ganzen Tag gefahren hat.

Eduard Spiegler stellt einen 38jährigen Mann mit einem zirka kastaniengroßes Epitheliom am Penis vor. Die Ausgangsstelle ist hier das innere Präputialblatt und dürfte dasselbe von einer der hier so zahlreichen Talgdrüsen ausgegangen sein. Soll operativ entfernt werden.

Oskar Semeleder: Über Klumpfußtherapie. Vortragender wendet sich am Beginne seiner Ausführungen gegen das vielfach geübte forcierte Redressement. Es werden zwar durch diese Operation Erfolge erzielt, aber sehr oft ist ein Mißerfolg das Endresultat unserer Behandlung. Nämlich entweder eine neue Deformität durch Persistieren der künstlich erzeugten Plattfußstellung oder ein Rezidiv der Klumpfuß- und Spitzfußstellung in einem Zeitraume von Monaten oder Jahren nach der Operation. Redner geht nun auf die unvergleichlich besseren Resultate über, die seine Methode, nämlich das Körpergewicht des Patienten direkt zur Korrektur der Deformität zu verwenden, zeitigt. Die in Awendung kommenden Apparatformen führen die Kraft des senkrecht wirkenden Körpergewichtes in eine horizontale Richtung über und bewirken eine allmähliche Umformung, Transformation der Deformität. Durch solche Apparate gelingt es auch geradezu, die Funktion gelähmter Muskelgruppen zu ersetzen und auf diese Weise die Funktion paralytischer Deformitäten und ihrer Muskulatur zu ermöglichen, ohne daß vorher eine Operation vorausgegangen wäre. Redner stellt einige Fälle vor, um den Nachweis zu führen, daß diese Methode imstande ist, auch hartnäckigen, nach der Operation narbig veränderten Klumpfußfällen gegenüber zum Ziele zu führen, nebstbei konnte auch das Anwachsen der Wadenmuskulatur in allen von ihm nach seiner Methode behandelten Fällen konstatiert werden.

Max Reiner bemerkt im Gegensatze zu Semeleder, daß gerade der Klumpfuß als Paradigma für die durch modellierendes Redressement heilbare Deformität gelten könne. Die Valgität, die sich im Laufe der Zeit an sonst gut redressierten Klumpfüßen einstellt, ist darauf zurückzuführen, daß die Equinusstelle in operatione nur unvollkommen korrigiert wurde. Ebenso ist das alsbald nach der Entlassung aus dem Verbande sich einstellende Rezidiv des Klumpfußes sicher eine Folge von ungenügender Korrektur. Nach Reiner sind die Behandlungserfolge des modellierenden Redressements derartige, daß man es beruhigt aussprechen kann: Das modellierende Redressement ist dem Klumpfuße gegenüber jeder Aufgabe gewachsen. Die Behandlung mit dem Semelederschen Schuh ist prinzipiell fehlerhaft, denn wenn man auch die Supination mittels des Schuhes gänzlich zu beseitigen vermöchte, bliebe der so behandelte Klumpfuß noch immer ein Pes flexus. adductus et inflexus, da bei diesem Schuh nichts gegen die Flexion, Adduktion und Inflexion vorgesorgt ist.

Friedrich v. Friedländer meint, daß die fehlerhafte Nachbehandlung allein nicht alle Mißerfolge des modellierenden Redressements erkläre. Diese Operationsmethode erfordere außer exakter Technik oft eine beträchtliche Kraftentfaltung, der nicht jeder Operateur gewachsen sei. Für sehr viele Mißerfolge besonders in der Armenpraxis sei aber in der Tat die mangelhafte Nachbehandlung verantwortlich zu machen. Bei einem der vorgestellten Fälle hat Friedländer das Redressement zweimal in der energischesten Weise unter Benützung des Osteoklasten durchgeführt. Jedesmal rissen aber die von früher her narbigen Weichteile an der Innenseite des Klumpfußes ein und jedesmal trat wieder binnen kurzem eine derartig starre Klumpfußstellung ein, daß ein weiteres Redressement als aussichtslos aufgegeben wurde. Und doch hat die Behandlung nach Semeleder, deren Fall so weit gebessert, daß der kranke Fuß plantigrad auftritt und aktiv pronierbar ist, ein Erfolg, der mit den bisher verfügbaren Mitteln nicht erreicht werden konnte. Friedländer muß demnach das Verfahren Semeleders als eine wertvolle Bereicherung der Klumpfußtherapie bezeichnen.

Anton v. Eiselsberg meint, man solle die von Semeleder empfohlene Methode prüfen und es wird sich dann ja zeigen, ob die Methode das hält, was sich Kollege Semeleder von ihr verspricht.

Max Reiner hält an seiner Ansicht fest, daß ein Klumpfuß ohne Operation nicht korrigiert werden könne. Die heute demonstrierten Resultate nach der Semelederschen Methode seien in seinen Augen keineswegs Erfolge, da die Füße noch immer stark inflektiert und stark adduziert erscheinen.

Semeleder bemerkt in seinem Schlußworte, daß wir bei manchen in der Jugend operierten Fällen noch im Alter konstatieren können, daß einzelne Segmente des Fußes in Klumpfußstellung stehen, während eigentlich der Fuß in Plattfußstellung sich befindet. Auch ist bei vielen Deformitäten aus rein physikalischen Gründen ein Apparat nicht zu umgehen, wenn man den Pat. vom Gipsverbande befreien und die Atrophie der Wadenmuskulatur verhüten will, da es ohne Apparat geradezu unmöglich ist, die Funktion eines solchen Fußes auch nur einige Zeit hindurch aufrechtzuerhalten. Die von ihm empfohlenen Apparate sind imstande, statt wie beim Redressement gewisse Muskeln zu dehnen oder zu zerreißen, durch Schaffung von Antagonisten sie zu stärken und zu verwerten.

Karl Reicher: Chemisch-experimentelle Studien zur Kenntnis der Narkose. Der Vortragende fand bei im Stickstoffansatze befindlichen Hunden nach protrahierter, zirka $1^1/_2$stündiger Narkose mit verschiedenen Narkotizis eine bedeutende Vermehrung des Alkoholätherextraktes im Blute bis zur dreifachen Menge gegenüber der Norm, außerdem ein beträchtliches Ansteigen des Azetons, vornehmlich in der Atemluft. Auch Eiweißumsatz und Ammoniakmengen waren in Übereinstimmung mit Untersuchungen anderer Autoren erhöht. Den chemischen Befund der Blutfettvermehrung konnte Reicher bei drei Hunden durch Beobachtung mit dem Ultramikroskope bestätigen. Redner bespricht die verschiedenen Lipämien an der Hand der einzelnen Stadien der Fettverdauung und des Fettumsatzes, und führt die postnarkotische Lipämie auf Herabsetzung der Blutlipasentätigkeit, sowie auf mobilisiertes Depotfett zurück, das vielleicht gleich Ambozeptoren dem eindringenden Narkotikum behufs Ablenkung von anderen lebenswichtigen, aber mit bedeutender Affinität zu den Narkotika ausgestatteten Organen, nämlich dem Zentralnervensysteme und den Erythrozyten, entgegengeworfen wird. Als anatomisches Substrat für Herkunft und Ziel der Lipoide und Fette führt Reicher Erschöpfung der Fettdepots, die fettigen Veränderungen in der Leber und anderen Organen, sowie die manchmal irreparablen, jedenfalls sehr häufig deutlichen Veränderungen am Zentralnervensysteme nach Narkosen an. Redner nimmt daher an, daß das vermehrte Blutfett allerdings zum größten Teile mobilisiertes Depotfett sei, aber angesichts der ziemlich konstanten Gehirnveränderungen in sich auch aus diesem und aus Erythrozyten ausgeschwemmte Lipoide begreift, ähnlich wie seinerzeit Bibra und Harleß eine Auslaugung der nämlichen Lipoide durch die Narkotika annahmen, und schlägt aus diesem Grunde folgende Modifikation der Meyer-Overtonschen Narkosetheorie vor:

Das maßgebende Moment für die Wirkung eines Narkotikums ist die relative Löslichkeit desselben in den Li-



poiden, aber es findet dabei nicht einfach eine Veränderung des normalen physikalischen Zustandes, nicht bloß eine Bindung in einer Art fester Lösung statt, ohne daß diese Lipoide zum Austritte aus der Zelle veranlaßt werden, sondern es kommt auch zur Ausstoßung lebenswichtiger Lipoide und Fette bei einer uns vorläufig noch unbekannten Wechselwirkung zwischen Narkotikum und Zellipoiden, welche beim Zustandekommen der Narkose eine Rolle spielen muß und sich auch geraume Zeit chemisch und histologisch nachweisen läßt.

Karl v. Stejskal: Die von Reicher gefundene Vermehrung der Fettkörper im Blute bei Narkosen ist als Auslaugeerscheinung anzusehen. Von einer Giftneutralisation der narkotisierenden Mittel durch vorausgeschicktes Fett, das als Ambozeptor nach der Ehrlichschen Theorie zu fungieren hätte, also von einer gewissermaßen kompensativen Erscheinung der Vergiftung kann nicht die Rede sein. Weiters bemerkt Steyskal, daß das Protagon in warmem Äther leicht löslich, in kaltem Äther fast unlöslich ist. Hat nun Reicher ein ähnliches Verhalten seines Ätherextraktes wahrgenommen? Weiters wendet sich St. gegen die Verwendung der Lipämie beim Kaninchen für die Theorien des Vortragenden, da wie beim Kaninchen neben vereinzelter Lipämie auch fast konstant bei allen Tieren Lipurie sich findet.

Wolfgang Pauli glaubt nicht, daß die Narkosetheorie Hans Meyers durch die Befunde des Vortragenden in wesentlichen Grundlagen berührt wird. Nach Meyer richtet sich der Grad der narkotischen Wirkung der indifferenten Narkotika nach deren Teilungskoeffizienten zwischen wässerigem und lipoidem Lösungsmittel und ist unter den verschiedenen Umständen erwiesen, daß die Narkose an die durch die Aufnahme der Narkotika in die Zellipoide bedingte Zustandsänderung der letzteren gebunden ist. Die vom Vortragenden nachgewiesene Lipämie ist vielleicht eine sekundäre Wirkung der narkotischen Gifte. Für eine Theorie der Narkose müssen aber zunächst die beim Eintritte der Narkose bestehenden Zellveränderungen, nicht die im weiteren Verlaufe derselben sich entwickelnden maßgebend sein.

Salomon hält bei Diabetes nur bei deutlicher Azidosis die Gefahr der Komas für bestehend. Auch er habe Lipämie am Kaninchenserum mehrfach beobachtet.

Richard Bauer hält die von Reicher angegebene Substanz, die aus dem erkalteten Äther ausfiel, für Protagon.

Karl Reicher gibt die Möglichkeit zu, daß der ausfallende krümmelige Niederschlag Protagon sein kann. Die Vermehrung der Ultrateilchen zeigte sich schon fünf Minuten nach Eintritt der Narkose, so daß sie wohl auch bei Beginn derselben schon vorhanden gewesen sein wird, so daß man von einem sekundären Effekte nicht gut sprechen kann. *i. m.*

IV. Literatur.

Charles Darwin, Die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl. Nach der Übersetzung von J. V. Carno und der letzten englischen Ausgabe bearbeitet von Dr. Heinrich Schmidt (Jena). Volksausgabe. Stuttgart, Alfred Kröner Verlag. Preis 1 Mk.

In dem Kampfe der Geister, der neuerlich entbrannt, begrüßen wir dieses Buch, das ein Bahnbrecher der freien Forschung ist. Mit stets wachsendem Interesse liest man, wie Altmeister Darwin schon vor Jahrzehnten alle die Einwände, die sich heute breit machten, widerlegte. N.

Dr. Jessners dermatologische Vorträge für Praktiker. Die kosmetische und therapeutische Bedeutung der Seife. Würzburg. A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch). 1906.

Gerade auf diesem Gebiete, auf dem sich so viel Kurpfuscherei breit macht, ist die Führung eines wissenschaftlich geschulten Arztes notwendig. Diese Forderung erfüllt auch diese Schrift. K.

Orlowski, Die Schönheitspflege für Ärzte und gebildete Laien. Würzburg. A. Stubers Verlag 1907. Preis Mk. 1·80.

Eine populäre, empfehlenswerte Broschüre.

Ernst v. Leyden, Populäre Aufsätze und Vorträge. Deutsche Bücherei. Berlin SW. 28. Jeder Band 30 Pf.

Dieses Heft ist eine Nummer dieses verdienstvollen Unternehmens, das zu billigen Preisen gut gewählten Lesestoff für Unterhaltung und Belehrung bieten will. Das Heft enthält vielfach zerstreute Aufsätze und Reden des Altmeisters der internen Medizin, die eine Kritik wohl überflüssig machen. K.

V. Aus der Praxis.

Die Influenza und ihre Bekämpfung. Von Dr. Leopold Wiener. (Ärztliche Zentralzeitung, Wien. Nr. 33/35, 1907.)

Einem so vielgestaltigen Krankheitsbilde gegenüber, wie es jeder ausgeprägte Influenzafall bietet, kann ein einseitiges Präparat wie Chinin, Antipyrin, Salizyl, Phenazetin usw. nur Unvollkommenes leisten. Es besteht unstreitig bei den Ärzten der Wunsch, ein Präparat in Anwendung bringen zu können, das mehrere heilkräftige Komponenten in sich vereinigt, die dem Symptomenkomplex der Influenza wirkungsvoll entgegentreten. W. glaubt auf Grund seiner ausgedehnten Erfahrungen, die er am Wiener k. k. Allgemeinen Krankenhause gemacht hat, daß unser Arzneischatz in Pyrenol das wertvollste Influenzamittel enthält. Pyrenol ist erstens ein Expektorans, zweitens ein Sedativum, drittens ein Antirheumatikum und viertens ein mildes Antipyretikum.

Die temperaturvermindernde Tätigkeit vollbringt Pyrenol sukzessive, im drastischsten Falle bis zur Norm, niemals unter diese, weshalb es bei seiner Verwertung als Antipyretikum bisher nie zu Herzerscheinungen kam.

Die expektorierende Wirkung machte sich beim Patienten dadurch angenehm fühlbar, daß das Bronchialsekret leicht gelöst, seine Neubildung gehemmt und die Gewalt des Hustens wesentlich gemindert wurde. Ja, selbst bei schon vorhandenen Influenzapneumonien hat es sich dadurch glänzend bewährt.

Dort, wo Herzneurosen und sonstige Mitbeteiligung des Nervenapparates bei Influenza sich einstellten, brachte Pyrenol schnell Beruhigung selbst in Fällen, wo Brom und Tinct. valerian erfolglos blieben.

Die rheumatischen Beschwerden klangen ab, sobald die ersten Dosen assimiliert waren. W. gibt Pyrenol gegen rheumatische Schmerzen und gegen Fieber in Form der Tabletten 3—6 mal tgl. 0·5 oder in Solution mit Syr. Rub. Idaei.

Rp. Pyrenol 6—10/180
Syr. Rub. Idaei 20·0

M. D. S. 3—6 mal tägl. 1 Eßlöffel.

Bei Beteiligung der Lungen oder Bronchien in der Mixtur

Pyrenol 6·0—10·0/175·0
Liq. Amon. Anis 5·0
Succ. Liquir. 20·0

M. D. S. 3—6 mal tägl. 1 Eßlöffel, bei Kindern 1/3—1/2 der Dosis.

W. hat Pyrenol schon seit Jahren angewandt, besonders häufig im Frühjahr 1907, zu einer Zeit, als zumal in den östlichen Bezirken Wiens eine ausgedehnte Influenzaepidemie herrschte. Gerade die Vielseitigkeit des Präparates, die den Autor anfangs recht skeptisch gemacht hatte, hat ihn, je näher er das Mittel kennen lernte, zu der Überzeugung gebracht, daß es gegen Influenza das wirkungsvollste, verläßlichste Präparat darstellt, wenn man im rechten Augenblicke auch genügend hohe Dosen anwendet, zu denen man bei der Ungefährlichkeit des Mittels auch unbedenklich schreiten kann.

Zur Behandlung des Delirium tremens. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 33, 1907.)

Nach Ganser und Eichelberg ergreift nun auch Aufrecht das Wort zu der Frage der Deliriumbehandlung. Seine Methode unterscheidet sich von den beiden genannten



Autoren dadurch, daß er nicht wie sie die Darreichung der Narkotika verwirft, sondern im Gegenteile in jedem Falle, der nicht Kontraindikationen darbietet, von vornherein Chloralhydrat, und zwar in der Regel 4 *g* des Abends, wenn notwendig auch des Morgens 2—3 *g* reicht. Länger als zwei bis drei Tage brauchte er diese Medikation nie fortzusetzen, bis dahin war der Anfall stets vorüber und Rekonvaleszenz eingetreten. Der Erfolg ist um so günstiger, wenn das Delirium in der Anstalt zu einer anderen Krankheit hinzutritt, weil es dann in seinen ersten Anfängen beobachtet und sofort behandelt werden kann. Die Verabreichung von Alkohol unterläßt Aufrecht nur bei den unkomplizierten Deliriumfällen; tritt aber das Delirium zu einer Pneumonie oder einer anderen akuten Krankheit, die bei den meist ohnedies schwächlichen Menschen eine roborierende Behandlungsweise erfordern, so reicht er täglich 200 *g* Ungarwein oder eßlöffelweise eine Mixtur, die 60 *g* 90grädigen Alkohol auf 200 *g* enthält. Daß das Delirium durch die Entziehung von Alkohol herbeigeführt wird oder daß den Deliranten dadurch irgend ein Schade erwächst, daß sie keinen Alkohol erhalten, bestreitet Aufrecht entschieden.

Aus seiner Statistik führt er den Nachweis, daß seine Methode ebenso gute, ja noch bessere Ergebnisse liefert als die nach Eichelberg im Eppendorfer Krankenhause angewendete. So teilt er mit, daß vom 1. Jänner 1887 bis zum 3. März 1890 124 unkomplizierte Fälle ohne Todesfall behandelt worden sind. Auch bei den mit Pneumonie komplizierten Fällen waren seine Resultate besser als die Eichelbergs; denn während dieser 33% Sterblichkeit berechnet, hat A. nur eine solche von 26·7%.

Aufrecht möchte deshalb seinen schon im Jahre 1890 auf der Naturforscherversammlung in Bremen vertretenen Standpunkt, bei Delirium Chloralhydrat zu reichen, auf Grund seiner Erfahrungen auch heute durchaus aufrecht erhalten wissen; er würde es bedauern, wenn diese von ihm empfohlene Methode aufgegeben würde.

VI. Notizen.

Breslau. Der 29. Kongreß der deutschen balneologischen Gesellschaft wird vom 5. bis 9. März 1908 hier tagen. Bei dem lebhaften Interesse, das die Breslauer Behörden und Ärzte sowie die gesamte Bürgerschaft diesem Kongreß entgegenbringen, dürfte sich sein Verlauf recht günstig gestalten. Der diesjährige Kongreß erhält seine besondere Weihe durch die Enthüllung eines würdigen, von der Balneologischen Gesellschaft gestifteten Denkmals für Hermann Brehmer, den großen Schöpfer der modernen Schwindsuchtsbehandlung. Die wissenschaftliche Seite des Kongresses verspricht recht viel Anregung, da bereits eine ganze Reihe von interessanten Vorträgen angemeldet ist. Weitere Anmeldungen von Vorträgen sind zu richten an den Generalsekretär der Balneologischen Gesellschaft, Herrn Geheimrat Dr. Brock, Berlin NW., Thomasiusstraße 24.

— Vom 1. Januar 1908 werden die Sammlung klinischer Vorträge, begründet von Richard v. Volkmann, sowie die Zentralblätter für Chirurgie, für Gynäkologie und für innere Medizin aus dem Verlage von Breitkopf & Härtel in Leipzig, in den Verlag von Ambrosius Barth in Leipzig übergehen. In der Leitung der Blätter werden Veränderungen nicht stattfinden.

Aufruf. Neben der Tuberkulose und der Syphilis ist der Alkoholismus die schlimmste aller Volkskrankheiten. Die Trunksucht fordert jährlich zahllose Opfer, führt sie ins Gefängnis, ins Irrenhaus oder in ein frühes Grab, stürzt Tausende in Not oder Laster, degeneriert die Nachkommenschaft; der ungezählten Familien nicht zu gedenken, deren häusliches Glück im Alkohol ertränkt wird. Solche Trinker zu retten, sie für die Familie, den Beruf, die menschliche Gesellschaft wiederzugewinnen, ist unabweisliche Nächstenpflicht und ein Gebot für jeden sozial Denkenden. Der „Österreichische Verein zur Errichtung von Trinkerasylen" strebt dieses Ziel durch Schaffung unentgeltlicher Heilstätten für Mittellose an. In ihnen sollen Trunksüchtige durch Fachärzte des Genusses geistiger Getränke entwöhnt werden, sowie durch geeignete Behand-

lung und Lebensweise zu erhöhter körperlicher und sittlicher Widerstandsfähigkeit gelangen. Der entlassene Pflegling soll ferner durch dauernde Überwachung seitens hiezu bestellter Ärzte und der bestehenden Abstinenzvereinigungen vor den Gefahren eines Rückfalles bewahrt werden. Zur Erreichung dieser Ziele rufen wir die Hilfe aller Wohltäter und Volksfreunde an. Mögen sich zahlreiche edle Männer und Frauen finden, die uns durch Beitritt und Spenden darin unterstützen, ein Werk wahrer Nächstenliebe zu schaffen! Beitrittserklärungen (Jahresbeitrag K 5.—) und sonstige Sendungen werden an den Österreichischen Verein zur Errichtung von Trinkerasylen, Wien III./2, Hansalgasse 3, erbeten.

Der Wahnsinn im modernen Kriege. Eine der grausamsten Enthüllungen, die über die Wirkungen des letzten großen Krieges in Ostasien geschahen, waren die Veröffentlichungen russischer Ärzte über die Häufigkeit und die Art des Auftretens von Geisteskrankheiten im russischen Heere. Die Untersuchungen darüber sind erst vor kurzem zum Abschlusse gekommen und ihre Ergebnisse liegen jetzt in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie aus der Feder von Dr. Awtokratow vor. Dieser Arzt war damit beauftragt worden, eine Organisation zur Ausscheidung und Behandlung dieser Krankheitsfälle zu schaffen und trat infolgedessen an die Spitze des Zentralasyls für geisteskranke Soldaten, das in Charbin errichtet worden war. Das Asyl wurde erst am 15. Dezember 1904, also fast ein Jahr nach dem Ausbruche des Krieges, eröffnet und ist bis zum 18. März 1906 in Tätigkeit gewesen. In dieser Zeit hat es nicht weniger als 1349 Kranke aufzunehmen gehabt, darunter 275 Offiziere. Zwischen Offizieren und Mannschaft zeigte sich auch hinsichtlich der Formen der Geisteskrankheit ein merkwürdiger Unterschied. Gerade unter den Offizieren war der chronische Alkoholismus, zu deutsch: der Säuferwahnsinn, die gewöhnlichste Form der Geisteskrankheit, die mehr als ein Drittel sämtlicher Fälle einschloß; außerdem kamen nur noch neurasthenischer Wahnsinn und allgemeine Paralyse häufig vor. Zu Friedenszeiten ist die allgemeine Paralyse die häufigste Geisteskrankheit im russischen Offiziersstande, und der Alkoholismus steht erst an zweiter Stelle. Unter den Mannschaften waren diese beiden Arten der Erkrankung verhältnismäßig erheblich geringer, indem der Säuferwahnsinn zum Beispiel nur etwa 10% betraf, vielleicht, sagt der rücksichtsvolle russische Arzt, macht die schwerere Verantwortlichkeit der Offiziere diesen Unterschied erklärlich. Unter den gemeinen Soldaten waren die epileptischen Formen der Geisteskrankheit vorherrschend und nahmen rund 28% der Fälle in Anspruch, an nächster Stelle auf der Liste standen dann Alkoholismus und „Verwirrtheit“. Die Häufigkeit epileptischer Geisteskrankheiten ist besonders auffällig, da sie zu Friedenszeiten verhältnismäßig selten sind. Teilweise mag dieser Umstand auf die weniger sorgsame Auswahl der Rekruten zurückzuführen gewesen sein, in gewissem Grade jedenfalls aber auch auf einen unmittelbaren Einfluß der kriegerischen Ereignisse. In mehreren Fällen nämlich wurde festgestellt, daß diese Soldaten nicht das geringste Merkmal einer Nervenkrankheit gezeigt hatten, ehe sie an einem schweren Gefechte teilgenommen hatten, in dessen Verlauf sie dann von heftigen Krämpfen und darauf folgenden epileptischen Wahnsinn befallen wurden. Geistesstörungen im Gefolge von Verwundungen waren verhältnismäßig selten. Obgleich die angegebene Zahl von behandelten Geisteskranken schon hoch genug erscheinen mag, ist sie ohne Zweifel durchaus nicht erschöpfend, denn nur solche Fälle, bei denen sich die Geisteskrankheiten bald nach Eintritt der Kampfesunfähigkeit einstellten, sind in dem Asyl zu Charbin behandelt worden. In den Wahnvorstellungen spiegelte sich vielfach das Milieu wieder, indem die Kranken an panischem Schrecken, an Halluzinationen platzender Granaten, an der Vorstellung einer Verfolgung durch Feinde usw. litten.

VII. Bibliographie.

Die Bedeutung der Zystokopie für die Gynäkologie. Von Doz. Dr. W. Zangemeister, Königsberg. Mk. 0.40.

Zur Frage der Dauerheilung nach Operation des Cervixcarcinoms in der Schwangerschaft. Von M. Graefe, Halle a. S. Mk. 0.40. Verlag Karl Marhold, Halle a. S. 1907.

Handbuch der Physiologie des Menschen in vier Bänden. Von Dr. W. Nagel, Berlin 2. Band, II. Hälfte: Physiologie der inneren Sekretion, der Harn-, Geschlechts- und Verdauungsorgane. Mk. 20. — 4. Band, II. Hälfte, I. Teil: Physiologie des Nerven- und Muskelsystems. Mk. 6. Friedr. Vieweg & Sohn, Braunschweig.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. **Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47. Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07999 8194